

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1953

THÈSE

POUR

N° 977

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Hervé DU COUËDIC

Né le 14 mars 1924, à Rennes (Ille-et-Vilaine)

Présentée et soutenue publiquement le 9 décembre 1953

ÉTATS ANGOISSANTS
D'ÉTRANGETÉ ET DE DÉPAYSEMENT
CHEZ LES PSYCHASTHÉNIQUES

*" J'éprouve l'horreur secrète d'un oiseau
condamné à vivre dans l'eau "*

H.-F. AMIEL

PRIX DE THESE : MÉDAILLE D'ARGENT

Président : M. DELAY, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1953

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1953

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Hervé DU COUËDIC

Né le 14 mars 1924, à Rennes (Ille-et-Vilaine)

Présentée et soutenue publiquement le 9 décembre 1953

ÉTATS ANGOISSANTS
D'ÉTRANGETÉ ET DE DÉPAYSEMENT
CHEZ LES PSYCHASTHÉNIQUES

*" J'éprouve l'horreur secrète d'un oiseau
condamné à vivre dans l'eau "*

H.-F. AMIEL

PRIX DE THÈSE : MÉDAILLE D'ARGENT

Président : M. DELAY, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1953

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillain, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaître, Lemierre, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Ombrédanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	N...
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	N...
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu BROCCQ (P.)
	Broussais DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
	Salpêtrière N...
	Cochin QUÉNU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (Et.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu N...
	Bichat N...
	Cochin MOREAU (R.)
	Broussais DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
Cliniques obstétricales	Tarnier LANTUÉJOUL (P.)
	Baudelocque N...
	Port-Royal LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathol. des problèmes alimentaires	RICHEL (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)

Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELÈVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	MÉNEGAUX (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	BARIÉTY (M.)
Pathologie et thérapeutiques générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{ DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i> DEBEYRE (J.) OLIVIER N...	Obstétrique	{ MORIN (P.) RAVINA (J.) N... N...
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARD (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSE (F.) GUYGOU (Ch.)	Ophthalmologie	{ DESVIGNES (P.) N...
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) N...	Orthopédie	{ JUDET (R.)
Biochimie médicale	{ ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i> N... N...	Oto-rhino- laryngologie	{ AUBRY (M.) MADURO (M.)
Biologie médicale	{ BOURLIÈRE (F.)	Parasitologie	{ CHABAUD (A.) N... ABOULKER (P.) BAUMANN (J.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) VERNE (J. M.)
Dermato- Syphiligraphie.	DUPERRAT (F.)	Pathologie chirurgicale	{ N... N... N... N... N... N... N...
Embryologie	TUCHMANN	Pathologie expérimentale	{ N... N... BERNARD (J.) BOUDIN (G.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DOMART (A.)
Histologie	{ BULLIARD (H.) <i>pr. s. ch.</i> N... N...	Pathologie médicale	{ N... N... BERNARD (J.) BOUDIN (G.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DOMART (A.)
Hydrologie	N...		
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>		
Maladies infectieuses	N...		
Médecine légale et du travail	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> GAULTIER (M.) HADENGUE (A.) N...		
Neurochirurgie	DAVID (M.)		
Neurologie	N...		
Obstétrique	{ GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MERGER (R.)		

MM.

Pathologie médicale . . .	{	LAMOTTE (M.)
		LAROCHE (Cl.)
		MILLIEZ (P.)
		PÉQUIGNOT (H.)
		PERRAULT (M.)
		RAMBERT (P.)
		THIEFFRY (St.)
		TURIAP (J.)
		N...
		N...
Pédiatrie . . .	{	JOSEPH (R.)
		N...
		N...
		N...
Pharmacologie . .	{	CHEYMOL (J.) <i>pr. s. ch.</i>
		LÉVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i>

MM.

Physiologie . . .	{	BARJETON (D.) <i>pr. s. ch.</i>
		PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>
		DEJOURS (P.)
Physique médicale . . .	{	DJOURNO (A.) <i>pr. s. ch.</i>
		GOUGEROT (L.) <i>pr. s. ch.</i>
Pneumo- Phtisiologie . .		KREIS (B.)
Psychiatrie . . .		N...
Psychiatrie infantile . . .		MICHAUX (Z.)
Rhumatologie . .		N...
Stomatologie . .	{	CHAPUT (Mme A.)
		CERNÉA (P.)
Thérapeutique . .		N...
Urologie		KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique chirurgicale . . .	{	AMELINE (A.)
		HUGUIER (J.)
		LÉGER (L.)
		PADOVANI (P.)
		PATEL (J.)
		ROUX (M.)
		RUDLER (J. C.)
		SICARD (A.)
Clinique médicale . . .	{	BROUET (G.)
		N...
		DECOURT (J.)
		DREYFUS (Gilbert)
		FAUVERT (R.)

MM.

Clinique médicale . . .	{	HAGUENAU (M.) <i>pr. s. ch.</i>
		HAMBURGER (J.)
		KOURILSKY (R.)
		MARCHAL (G.)
		SOULIÉ (E.)
Clinique obstétricale . .	{	ESCALLE (G.)
		MAYER (M.)
		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique	{	OFFRET (G.)
		RENARD (G.)
Clinique urologique . . .		COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
 Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M. le Docteur HAHN (A.)
 Conservateur Mlle GOICHON
 Bibliothécaires { Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.)
 LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153323_0134

AU COLONEL DU COUEDIC DE KERGOALER

Officier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre 1914-1918

Croix de Guerre Belge

Croix de Guerre des T.O.E.

A LA COMTESSE L. DU COUEDIC DE KERGOALER

Parents tant aimés, auxquels je n'essayerai pas de dire l'indicible, car les mots manquent pour exprimer l'intensité de ma respectueuse et filiale tendresse et de mon infinie reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

LE LIEUTENANT OLIVIER DU COUEDIC DE KERGOALER

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre 1939-1945

Tué à l'ennemi

A MES FRÈRES ET SŒURS

MADAME PIERRE BOUCHET DE FAREINS

LE COLONEL YVES DU COUEDIC DE KERGOALER

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre 1939-1945

Médaille de l'Empire Britannique

Attaché Militaire à Athènes

MONSIEUR BERTRAND DU COUEDIC DE KERGOALER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN DELAY

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies Mentales
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

*En remerciement de l'honneur qu'il nous
fit en acceptant de présider cette thèse et
avec notre respectueuse et très profonde
reconnaissance pour la grande bienveillance
qu'il nous a toujours témoignée.*

AU DOCTEUR JEAN VINCHON

Ancien Chef de Clinique Psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre 1914-1918

*Avec l'expression de nos sentiments très
respectueux et l'assurance de notre pro-
fonde reconnaissance pour ses précieux
conseils.*

A MES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR CLAUDE POTTIER

Ancien Interne des Asiles de la Seine
Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique de Clermont-de-l'Oise

Auquel nous devons toute notre formation psychiatrique et qui nous a suggéré l'idée de ce travail.

Il fut pour nous le plus indulgent des Maîtres pendant les années où nous avons eu l'honneur d'être son Interne.

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance de notre dévouement.

MONSIEUR LE DOCTEUR SAMBRON

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes
Chevalier de la Légion d'Honneur

En reconnaissance de l'extrême bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et de l'enseignement qu'il nous a prodigué au cours de nos premières années de Médecine.

A MADEMOISELLE LE DOCTEUR ELISABETH JACOB

Ancien Interne des Asiles de la Seine
Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique de Clermont

A MONSIEUR LE DOCTEUR HYVERT

Ancien Interne des Asiles de la Seine
Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique de Clermont
Professeur à l'Ecole de Médecine d'Amiens

Que j'ai eu l'honneur d'assister plus particulièrement dans leurs Services.

Avec l'expression de mon respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE MÉDECIN COLONEL HAMON

Médecin Commandant du Service de Neurologie
et de Psychiatrie du Val-de-Grâce
Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier d'Académie

En reconnaissance de son bienveillant accueil et de ses précieux conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. LE MAUX

Ancien Interne des Asiles de la Seine
Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique de Clermont

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. CEILLIER

Officier de la Légion d'Honneur
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique de Clermont

A MONSIEUR LE DOCTEUR LETAILLEUR

Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique de Clermont

A MONSIEUR LE DOCTEUR AYMÉ

Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique de Clermont

*En reconnaissance du bienveillant accueil
qu'ils m'ont toujours réservé dans leurs
Services.*

A MADAME PIERRE TURRETTINI

A MADAME LE DOCTEUR DE BURES MACKENSEN

Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Saint-Venant

A MADAME LE DOCTEUR SALMON-CHRÉTIEN

*Avec le témoignage de ma très profonde
sincère et déjà vieille amitié.*

A MES CAMARADES DE COLLÈGE ET DE FACULTÉ

LES DOCTEURS MICHEL DELUEN .
FRANÇOIS DRUAIS
EDMOND PLAYOUST

A FRANÇOIS MONFORT

A JEAN WINTER

*Auxquels me lient les impérissables sou-
venirs de la Division Leclerc.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT

AU PERSONNEL MÉDICAL

INTRODUCTION

« J'existe mais en dehors de la vie réelle.
« Mon individualité a complètement dis-
« paru, la manière dont je vois les choses
« me rend incapable de les réaliser, de
« concevoir qu'elles existent, le monde
« m'apparaît comme une gigantesque hallu-
« cination. J'ai parfaitement conscience de
« l'absurdité de ces jugements, mais je ne
« puis les surmonter. »

AMIEL

Le 7 mai 1945, dans un petit village allemand de Biedorf, la Compagnie, figée dans un impeccable garde à vous, écoutait dans un silence impressionnant la voix claire et ferme du commandant lisant l'ordre du jour du général LECLERC annonçant la signature de l'armistice et la fin des hostilités.

Nous nous souvenons avoir éprouvé alors un indéfinissable sentiment ; dépaysement, étrangeté, solitude, éloignement de tout et de tous impression de ne plus reconnaître ni le visage du commandant, ni celui de notre plus fidèle camarade placé juste près de nous ; impression également d'avoir perdu tous sentiments antérieurs, enfin une sensation cénesthésique inconnue et presque angoissante sans être douloureuse. Cet état, qui ne fut modifié ni par le maniement d'armes ni par la dissolution des rangs, ne disparut qu'insensiblement dans le nuage bleuté et le parfum combien familier d'une cigarette.

Etat d'étrangeté, sans aucun doute. Nous nous excusons d'avoir cité un exemple personnel, mais nous ne pouvions mieux expliquer que certains de ces états n'ont rien d'anormal. Emotions violentes, chocs affectifs, libération de sentiments intenses conscients ou inconscients peuvent créer temporairement des états d'étrangeté et de

dépaysement ressentis comme inhabituels mais qui n'ont rien de pathologiques (1).

Chacun a plus ou moins senti de semblables états et tout au long de la littérature nous en trouvons une ample moisson dans les tonalités les plus diverses, de Sainte Catherine de Sienne et Saint Jean de la Croix, à la « Nausée » de Sartre (2).

De même, certains états toxiques créent de toute pièce un état étrange coexistant du reste avec d'autres modifications psychiques (3) : citons à ce sujet les travaux de MOREAU DE TOURS sur le haschich, les expériences de MORSELLI et les travaux du Professeur DELAY sur la mescaline (4).

Il n'entre pas dans notre intention d'étudier ici des états non pathologiques ou des états artificiellement provoqués.

La raison de notre titre un peu long « Etats angoissants d'étrangeté et de dépaysement chez les psychasthéniques » est de montrer que nous voulions strictement limiter cette étude à des cas bien déterminés. Le but de cette introduction est donc de limiter, de préciser et de définir par rapport aux états voisins, les états qui nous occupent.

Et tout d'abord ce qu'ils ne sont pas : nous ne désirons étudier ici ni la dépersonnalisation, ni les troubles du schéma corporel ou l'asomatognosie, ni la dépossession.

DUGAS définit la dépersonnalisation une « anomalie mentale », il ajoute qu'il faut faire violence au langage pour arriver à la traduire : il est bien exact qu'il règne autour de ce terme « dépersonnalisation » une confusion certaine et bon nombre d'états rangés sous ce vocable sont de nature bien différente (5) : c'est pourquoi nous croyons utile

(1) Ces états nous semblent dus le plus souvent à une modification du temps psychique et à une notion d'ambivalence (adaptée du reste à des thèmes très divers), beaucoup plus qu'à une fatigue cérébrale, comme l'ont voulu beaucoup d'auteurs et nous pensons qu'un mot exprimant ces troubles de l'estimation de l'ambiance (espace et du temps [psychique]) resterait à définir.

(2) Il y aurait du reste une curieuse étude, surtout psychologique et littéraire à effectuer sur les rapprochements de ces états avec les états mystiques de sécheresse, d'une part, et avec certaines angoisses existentielles, d'autre part (KIERKEGAARD).

(3) De nombreux auteurs ont célébré ces états toxiques : Théophile GAUTIER, BAUDELAIRE, Gérard DE Nerval, etc.

(4) Tout récemment, le célèbre romancier Aldous HUXLEY a traduit son expérience personnelle de la mescaline dans un article « Les portes de la perception ».

(5) C'est ainsi que pour respecter l'exactitude des textes, nous citerons souvent des cas où le mot dépersonnalisation signifie plutôt : « État d'étrange, d'inhabituel et de non familier ». De même, les qualificatifs de dépersonnalisation volontaire ou « d'auto-analyse disséquante » attribués à de nombreux journaux intimes ne sont en fait que la description et l'observation minutieuse des états qui nous occupent.

de donner ici la définition de POROT qui distingue très justement : la désincarnation, sentiment éprouvé par certains sujets de n'être plus eux-mêmes dans leur intégrité personnelle et somatique ; la désanimation, le même sentiment attribué à la conscience du moi psychique ; la déréalisation, qui comprend ces deux états coexistant avec un sentiment d'étrangeté et de non familiarité de ce qui encadre la vie habituelle.

Une autre définition donnée par SCHILDER nous aidera à préciser les états qui nous occupent :

« Un état dans lequel l'individu se sent lui-même changé en comparaison de son état antérieur, cette modification s'étend à la fois au moi et au monde extérieur et conduit à un état où l'individu ne se reconnaît pas lui-même comme une personnalité. Ses actions lui semblent automatiques. Il observe ses propres réactions comme un spectateur. Le monde extérieure lui semble étrange et a perdu son caractère de réalité. »

Le premier et le dernier caractère de cette définition existent chez nos malades qui ont également l'impression d'avoir perdu la tonalité affective de leurs souvenirs et de leurs sentiments, mais jamais ils n'arrivent au degré de « ne pas se reconnaître comme une personnalité et de considérer leurs actes comme automatiques ». Ils demeurent parfaitement conscients de l'intégralité de leur moi et font une parfaite auto-critique de leur trouble, et par ce caractère propre ils se séparent nettement de la dépersonnalisation et s'intègrent dans le cadre de la psychasthénie.

Les états étudiés ne sont pas non plus des troubles du schéma corporel (asomatognosie totale ou partielle) tels qu'ils peuvent se voir dans le syndrome de Cotard, dans certaines mélancolies anxieuses ou formes graves de la psychasthénie.

Enfin, ils ne s'apparentent pas non plus au syndrome de dépossession, tel que l'a défini LÉVY-VALENSI, ou la désappropriation au moi défini par CEILLIER, et qui tous deux rentrent dans le cadre de l'automatisme mental.

Les états que nous voulons étudier s'apparenteraient plutôt aux troubles définis par POROT : déréalisation, sentiment d'étrangeté et de dépaysement, non familiarité de ce qui encadre la vie habituelle.

Parallèlement, il y a modification des sentiments, des états affectifs, des souvenirs, sans qu'il y ait désanimation proprement dite, tous ces états sont ressentis comme modifiés dans leur qualité et leur tonalité.

Ces états s'accompagnent d'éléments importants qui, à notre avis, en font partie intégrante.

Ce sont une auto-critique parfaite avec une conscience intacte et une auto-analyse particulièrement poussée, une sensation d'angoisse plus ou moins intense, et enfin des troubles cénesthésiques variables suivant les malades.

Nous en avons limité cette étude à des malades dont ces états constituent le symptôme dominant par rapport à d'autres signes discrets de psychasthénie et où ils se montrent stables, durables et peu évolutifs dans le temps : des cas également où il n'y aurait jamais évolution ou transformation vers un état démentiel.

Cette restriction exclut du cadre de ce travail les formes de début de schizophrénie, les formes prémonitoires d'un automatisme mental, les formes associées au mentisme ou à l'hystérie, enfin les équivalents comitiaux et les états crépusculaires.

Les états d'étrangeté les plus fréquemment cités et décrits n'étaient le plus souvent qu'un symptôme particulier d'une entité clinique ou un simple élément transitoire et évolutif d'une psychose plus grave.

Nous avons simplement tenté de montrer qu'il existait à côté de ceux-ci une forme particulière de psychasthénie dans laquelle les autres symptômes étant habituellement peu marqués, le trouble essentiel consistait en ces états angoissants d'étrangeté et de dépaysement qui méritaient d'être isolés et définis comme constituant le symptôme principal, durable et peu modifiable dominant une psychasthénie discrète : une sorte d'équivalent de la psychasthénie auquel nous regrettons de n'avoir pu trouver un nom particulier.

Résumons en quelques lignes le plan de ce travail.

Dans la première partie, nous avons tracé un historique, peut-être long mais nécessaire, depuis les premières observations d'ESQUIROL et KRISHABER jusqu'aux notions actuelles des psychanalystes.

Dans la seconde partie, nous présentons quelques observations auxquelles nous avons joint un important additif consacré aux cas particuliers d'AMIEL et de MAINE DE BIRAN.

La troisième partie est consacrée au diagnostic différentiel, tout particulièrement avec les formes de début de la schizophrénie de l'automatisme mental, de l'épilepsie, de l'hystérie.

La quatrième partie décrit les états tels que nous les concevons et tels que nous les avons isolés des états voisins. Nous avons cherché à montrer que ces états s'intègrent parfaitement dans le cadre d'une psychasthénie discrète et que, même isolés, ils en constituent une sorte d'équivalent.

PREMIERE PARTIE

HISTORIQUE

C'est incontestablement au nom de Pierre JANET que reste liée l'étude de l'angoisse mentale avec son livre « Les obsessions et la psychasthénie » paru en 1908, et son célèbre traité « De l'angoisse à l'extase ». Il décrit les « sentiments très pénibles » de certains psychasthéniques qui éprouvent le sentiment dominant de perdre la tête ; c'est à ces moments-là qu'il croient « devenir fous ». P. JANET remarque qu'ils ont aussi le sentiment de ne plus percevoir le monde extérieur de la même façon. Un de ses malades, Jean, s'écrie :

« Vous ne pouvez pas comprendre le nuage, le rideau noir qui nous tombe sur les yeux et sur la tête à ces moments-là. »

Les troubles psychologiques pendant la crise d'angoisse ne sont pour P. JANET que l'exagération des troubles psychologiques qui existent plus ou moins constamment chez les obsédés. L'auteur les appelle « stigmates psychologiques des psychasthéniques ». Dans le même ouvrage, P. JANET étudie les sentiments d'incomplétude dans les opérations intellectuelles.

Bien souvent, les psychasthéniques éprouvent de la difficulté dans le travail de l'esprit par suite de leur insuffisance à fixer l'attention. Il se produit souvent une altération de la perception des objets extérieurs. Ces malades éprouvent des sentiments bizarres et anormaux à l'occasion d'opérations intellectuelles diverses.

Ils ont l'impression de mal percevoir, de percevoir incomplètement.

P. JANET cite les propos de certains malades :

« C'est comme si je voyais les choses à travers un voile, un brouillard, un nuage qui m'empêche de rien voir réellement ; c'est comme si j'entendais au travers d'un mur qui me sépare de la réalité. » (1)

(1) Ces sentiments sont du reste dominés par le « doute » qui imprègne toutes les perceptions et les fonctions psychiques de ces malades. Ce doute, qui est bien le signe capital de la psychasthénie et qui offre, comme nous le verrons, de nombreux rapports avec les sentiments d'étrangeté.

Cet état touche également la tonalité des souvenirs, et si la mémoire de ces malades est indemne, ils déclarent comme ce malade de JANET :

« Mes souvenirs manquent de vie, de relief, mais ils sont nombreux et je puis donner beaucoup de détails qui ne me disent rien. »

ESQUIROL, le premier, notait les propos d'un malade :

« J'entends, je vois, je touche, mais je ne sens pas comme autrefois, les malades ne s'identifient pas avec mon être : un voile épais, un nuage changeant la teinte et l'aspect des corps.

« Je souffre constamment, mon existence est incomplète, je n'ai aucune sensation humaine, il me manque la faculté de jouir des choses et de les ressentir ; quelque chose d'affreux est certainement entre moi et les souffrances de la vie. Chacun de mes sens chaque partie de ma vie est pour ainsi dire séparée de moi-même et ne peut plus me procurer aucune sensation ; il me semble que je n'arrive jamais jusqu'aux objets que je touche. »

En 1847, BILLOD rapportait qu'une de ses malades avait l'impression de voir les objets enveloppés d'un nuage, les personnes se mouvoir comme des ombres, et d'entendre les paroles venir d'un monde lointain.

En 1886, JENSEN étudiant des états, reprenait la théorie de la dualité des hémisphères cérébraux de WIGAL.

MOREAU DE TOURS parle de la dualité des monomanies et des états de mélange, de folie et de raison.

KRISHABER, en 1873, réunit plusieurs observations de ces cas d'étrangeté et de dépaysement sous la dénomination de « névropathies cérébro-cardiaques et perversions sensorielles » et les observations de KRISHABER sont toutes particulièrement intéressantes.

Le premier, il y souligne le sentiment de jamais vu et d'étrangeté éprouvé par ces malades, et il insiste particulièrement sur le rôle des perversions sensorielles : les objets deviennent plats, drôles, inhabituels, ou bien ils s'allongent ; de même les sons se trouvent modifiés, les voix étranges plus creuses ou plus profondes ; les malades ont même l'impression que leur propre voix a changé. Un malade de BALL voit se produire un changement brusque et étrange dans l'apparence des objets qui ne semblent plus les mêmes. Ils n'ont plus ni relief, ni apparence naturelle, parfois il y a prédominance d'un détail sur l'ensemble de sa vision, parfois un sentiment de dédoublement des objets. Souvent, les malades emploient le terme « artificiel » : « C'est

du tape à l'œil, du théâtre, comme dans un café-concert, des décors en carton peint. » « Les choses ne sont plus dans leur cadre et n'indiquent plus leur utilité. » (JANET) Il peut s'ajouter un sentiment de nuage et d'étrange. Parfois les objets paraissent se rapetisser ou s'éloigner, « comme vus par le gros bout de la lunette ». Les sujets ne reconnaissent plus le monde extérieur. Ils le sentent disparu, éloigné d'eux par une barrière invisible, par un voile, par un mur. Le malade éprouve un sentiment d'éloignement, d'isolement, et se sent subitement angoissé.

Il se sent loin des choses et séparé d'elles. KRISHABER, à cette époque, note que les malades font l'auto-critique de leurs troubles. Il rapporte et commente cette phrase d'un de ses malades : « Jamais je n'ai été réellement dupe de ces illusions ». Par contre, il prend comme base de ces troubles les illusions sensorielles diverses qu'il a notées, et il fera de ces états une névrose spéciale. TAINE (*Traité de l'intelligence*) réduit les sensations internes à de simples variétés et modalités de la sensibilité.

Ces interprétations seront plus tard vivement controversées par Pierre JANET.

Et il semble bien en effet que de tels sentiments ne sont pas particuliers à cette névrose définie par KRISHABER, et d'autre part que les malades usant d'un grand nombre d'images, de comparaisons et de métaphores, ces dernières aient pu être prises à la lettre par cet auteur.

Cependant, corrigeant les descriptions de KRISHABER, DUGAS écrivait en 1889 :

« Le malade est devant la réalité comme devant un spectacle ; il assiste à ce que se passe dans le monde extérieur ou en lui-même, comme il assisterait à une pièce de théâtre, doutant de ses sensations comme il douterait de la pièce, et incapable de s'y intéresser autrement que dans une fiction. »

Et DUGAS poursuit :

« Ces troubles ne proviennent pas, comme l'a affirmé KRISHABER, d'une perversion sensorielle, mais d'une modification psychologique fondamentale qui est l'apathie intellectuelle et affective. »

Et enfin, il conclut :

« En fait, la dépersonnalisation telle que je la conçois ne peut être définie ni par l'impression de l'entièrement nouveau, ni celle

du déjà vu ; elle est l'impression d'étrangeté étendue sur tous les états du Moi. »

Au *Congrès International de Psychologie*, en 1900, Bernard LEROY, reprenant les observations précédentes, définit trois degrés :

« Ce peut être, comme l'exprime Paul BOURGET (2), une espèce de sentiment inanalysable que la réalité est un rêve.

« Ce peut être une impression d'éloignement, de fuite du monde extérieur, le malade se sentant isolé comme s'il était séparé de tout par une sorte de barrière invisible. Quand ce sentiment est poussé à l'extrême, le malade a l'impression d'être littéralement perdu dans les espaces interplanétaires... C'est l'isolement cosmique. »

Une malade répète sans cesse qu'elle a quitté la terre et se trouve dans une autre planète.

A ce stade, des interprétations délirantes viennent souvent compliquer les sentiments propres d'étrangeté. Le mérite de Bernard LEROY est d'avoir attiré l'attention sur le fait qu'il s'agit moins d'un éloignement matériel que d'un éloignement moral :

« Cette impression d'éloignement n'est jamais une impression d'éloignement purement matérielle, c'est quelque chose de plus vague, de plus général. Souvent, le monde extérieur paraît moins éloigné à proprement parler, qu'étrange, ou plus exactement, étranger au sujet ; c'est en quelque sorte une impression d'éloignement moral. »

Et Bernard LEROY cite le cas d'une malade chez qui ce sentiment survenant chez elle dans un décor pourtant tout à fait familier, la prenait avec une telle intensité qu'elle était prise d'une « folle terreur » et se sauvait dans l'escalier.

Il cite également l'observation de KRAEPELIN qui, en 1887, avait noté que

« lorsqu'il éprouvait le sentiment de fausse reconnaissance, la réalité cessait de lui apparaître avec sa clarté habituelle, et semblait un rêve, une ombre, tout ce qui l'entourait lui semblait comme éloigné, comme couvert par un voile ».

(2) Notons que Paul BOURGET était très lié avec DUPRÉ et qu'il a puisé dans les observations de ce dernier de nombreux éléments pour la description des personnages.

Rappelons également que dans les descriptions de l'alcoolisme, c'est bien Emile ZOLA qui a puisé dans l'œuvre magistrale de MAGNAN (cf. MARESCHAL).

Dans l'un et l'autre cas, ce sont les romanciers qui ont emprunté aux psychiatres.

Il fait encore remarquer à ce sujet que l'essentiel du déjà vu est beaucoup plus la négation du présent que l'affirmation du passé :

« Le présent n'est pas absorbant pour ces malades qui accordent une importance disproportionnée à l'avenir et surtout au passé. »

De 1903 à 1906, FORSTER, PICK, MAGNANO, PITRES, HEYMANS, DROMARD et ALBIS citent des observations semblables.

En 1906, le traité de PITRES et RÉGIS signale ces états en concluant qu'ils ont été « jusqu'ici insuffisamment étudiés ».

Un malade de GALTIER déclare :

« J'ai la conscience que ma tête est ailleurs, j'agis comme un automate... Je suis toujours dominé par cette idée que je perds la mémoire, et c'est subitement comme dans un rêve que les souvenirs de la veille me reviennent. Ces souvenirs sont vagues, indécis, mal localisés, ils sont distincts de moi, ils flottent d'eux-mêmes ; je me demande s'ils sont arrivés à quelqu'un ou à moi. »

En 1906 et 1907, OSTERREICH fait une longue étude sur « L'étrangeté de la perception extérieure et de la dépersonnalisation dans la psychasthénie ». C'est une étude presque uniquement psychologique, envisageant tour à tour les principales théories proposées et concluant finalement à l'importance des troubles d'inémotivité dont le rôle serait prépondérant, OSTERREICH affirmant qu'il ne s'agit en aucun cas de phénomènes de sensations simples.

A la même époque, HARTENBERG dans sa « Psychologie des neurasthéniques », étudie longuement les sentiments d'étrangeté de la perception de rêve et d'irréel :

« Je ne perçois jamais nettement le monde extérieur, il me semble que je n'ai jamais été en contact direct et permanent avec lui. Entre les choses et moi, il y a toujours une sorte de paroi isolante de couche intermédiaire semblable à un revêtement de coton qui me donne des sensations ouatées et amorties, comme après une injection de cocaïne. »

Un autre malade dit :

« Il me semble que je vis dans un rêve continu, je passe comme une ombre dans un monde d'apparence peuplé de fantômes ; les objets, les êtres qui m'entourent n'ont presque pas de réalité pour moi.

« La vie coule de la sorte crépusculaire et presque immatérielle, et quand je serai au bout, si je regarde en arrière, je n'apercevrai que des visions de songe où j'aurai passé presque inconscient, et je mourrai avec le sentiment que je n'ai pas vécu. »

En 1909, HESNARD consacre sa thèse aux troubles de la personnalité dans l'asthénie psychique.

Il englobe dans ce travail des cas divers appartenant à des groupes nosologiques différents (neurasthéniques, mélancoliques, obsédés, psychasthéniques, et même automatismes mentaux). Nous reviendrons par la suite sur cet important travail qui présente de fort belles observations auxquelles nous nous référerons quelquefois.

M. HESNARD estime que dans la connaissance de ce qui se passe en dedans de nous, nous ne saisissons pas comme nôtres, avec la même intensité et la même attention, tous nos états affectifs, volitionnels ou représentatifs : états passés, présents et imaginés.

Nos états de conscience -varient beaucoup quand on les juge d'après le coefficient de personnalité que nous leur attribuons. HESNARD écrit :

« La dépersonnalisation coïncide d'une façon particulière avec un syndrome qui n'a pas été mis nettement en lumière par les auteurs et auquel nous nous proposons de donner le nom d'asthénie mentale. Il est essentiellement caractérisé par : amnésie actuelle, aprosexie douloureuse, aboulie des faits nouveaux, troubles des émotions en rapport avec le présent. »

En 1885, dans son ouvrage sur la maladie de la personnalité, RIBOT insistera sur le rôle des sensations cénesthésiques :

« C'est dans les phénomènes les plus élémentaires de la vie qu'il faut chercher les éléments de la personnalité, et c'est donc dans les perturbations de cette cénesthésie qu'il faudra chercher la cause des troubles de la personnalité. Les troubles sensoriels ne sont que le résultat d'un trouble plus profond qui retentit dans l'organisme et que par conséquent ici encore, le sens du corps joue le rôle principal dans la pathologie de la personnalité. C'est de perturbations organiques entraînant des troubles de la cénesthésie que relèvent non seulement les idées de négations et de transformations corporelles, de dépersonnalisation morale, mais encore l'étrangeté du monde extérieur. »

SEGLAS, en 1895, dans ses « Leçons cliniques », fait de l'état cénesthésique la base fondamentale de l'idée de personnalité :

« C'est dans les sensations internes que prennent racine tous les états affectifs, depuis les simples tendances liées à la conservation de l'individu jusqu'aux plus élevées. »

RIBOT entend ne pas isoler le sensoriel du cénesthésique :

« Chaque appareil sensoriel dépend à tous les instants et sous toutes les formes de la vie organique : circulation, digestion, res-

piration, sécrétion et le reste ; les diverses expressions de l'individualité s'ajoutent à toute perception ; émotion-idée ne font qu'un avec elle comme les harmoniques avec le ton fondamental. »

Cette conception d'une union étroite entre centres sensoriels et cénesthésiques sont précisément les éléments essentiels de la doctrine de WERNICKE.

DENY et CAMUS, dans une série de publications, ont donné de l'étrangeté du monde extérieur et de la dépersonnalisation physique et morale une théorie systématique : trouble objectif de la sensibilité, aucune cénesthésie viscérale, il faut admettre que ces troubles sont dus à une inhibition des centres cénesthésiques et à une paralysie des fibres d'association :

« Si de ce fait, les impressions sensorielles ne sont plus capables d'évoquer leurs harmoniques organiques, et en particulier musculaires, et de se rattacher par conséquent au moi, il y a étrangeté du monde extérieur. »

Les liens plus ou moins étroits entre théories cénesthésiques et étrangeté du monde extérieur, et dépersonnalisation, et celle des émotions, deviennent très nets chez M. REVAULT D'ALLONES. Selon lui, a sa cause dans l'inémotivité que dénoncent les malades et qui tient à la disparition de qualités affectives, données spécifiques ayant pour base psychologique propre les phénomènes viscéraux.

Il faut donc pour que la dépersonnalisation se produise, un phénomène viscéro-cérébral entraînant la disparition des états affectifs.

Dans un récent article, le Professeur BARUK précise justement cette notion de cénesthésie souvent trop vague et extensive s'appliquant aux paresthésies, aux sympathalgies et aux sensations plus ou moins vagues et imagées ressenties dans le corps ou une partie du corps.

Le Professeur BARUK emploie le terme de « cénesthésie psychique » dont la perturbation se traduit par des sensations de manque de vie, de vide dans la pensée. Il cite le malade de DUPRÉ et CAMUS se plaignant de ne plus pouvoir se représenter une personne, un objet qu'il connaît bien, tout en se rappelant les choses jusqu'au moindre détail :

« Je ne me sens plus penser, ça me fait comme un vide, je n'ai plus la sensation d'exister. »

et pour BARUK, ce sentiment de vide, de manque, de défaut d'existence, soit sur le corps, soit dans l'esprit, peut favoriser la disparition du sentiment de la personnalité, et le Professeur BARUK estime que

la sensation cénesthopathique peut être symptomatique d'un processus organique indiscutable. Il cite comme exemple la sensation de mort et de disparition de la personnalité dans l'aura épileptique. En terminant son article, l'auteur insiste toute particulièrement sur les troubles vasculaires et leurs rapports avec les troubles cénesthopathiques (3).

Nous reviendrons sur cet important article du Professeur BARUK au moment de la discussion des observations.

Les observations, dans HESNARD tout comme chez JANET, ramènent toujours ces mêmes expressions de : brouillard, de nuage, ouate, mur, barrière, voile, cartonné, parchemin, absence de relief, obscurité, noir, drôle, étrange, dégoûtant ; jamais vu, faux, toc, simulé, éloignement, isolement, mort ; et enfin les expressions de rêve, d'irréalité, toutes ces métaphores désignant ce qui empêche chez eux la perception normale.

C'est l'expression « *dumpf* » de KRISHABER. Comme le fait remarquer le Professeur BARUK, ces malheureux ont une situation d'autant plus pénible qu'ils sont incompris autour d'eux. On ne peut en général comprendre une sensation que l'on ne ressent pas. Les phénomènes sensitifs et affectifs n'ont pas l'universalité des phénomènes intellectuels. Ces impressions sont extrêmement difficiles à décrire et par conséquent à communiquer.

Le sentiment auquel se rattache toutes ces expressions est l'« absence de réalité ». C'est pourquoi les malades emploient tant d'expressions imagées, de périphrases et d'explications qui manquent de netteté et de précision.

« Nos malades ne paraissent jamais satisfaits de la manière dont ils ont décrit leur état, dit Ch. BLONDEL, et ils en multiplient à l'infini l'expression. Il semble se produire chez eux autour de leurs impressions cénesthésiques, la même ébauche de méditations sans cesse poursuivies et de métaphores sans cesse amplifiées qu'autour des représentations obsédantes. »

Ce manque de précision est un des caractères des phénomènes qu'ils essayent de communiquer et aggravé encore par le doute psychasthénique que nous venons de signaler.

P. JANET écrit :

« Parmi les sentiments les plus remarquables que le sujet éprouve à propos des actions, à propos des perceptions, des objets exté-

(3) De même la sensation de brouillard est fréquente dans la dépression d'origine organique (urée et cholestérol).

rieurs, à propos de la perception de lui-même, il y a tout un groupe composé par les sentiments de drôle, d'étrange, de jamais vu, de rêve, que l'on peut, si je ne me trompe, ramener à un caractère commun. »

Ces sentiments, se résumant à une absence de réalité psychologique, s'apparentent donc à un trouble de la fonction du réel.

Les malades continuent à avoir la sensation et la perception du monde extérieur, mais ils ont perdu le sentiment de réalité qui, ordinairement, est inséparable de ces perceptions.

P. JANET remarque que les opérations mentales ne sont pas troublées quand il s'agit seulement de l'imaginaire. HESNARD lui aussi note que tous les troubles que l'on pourra rencontrer du sentiment de la personnalité disparaissent avec lui, et qu'il suffit pour provoquer la disparition de ces sentiments de créer un état de distraction.

Les opérations mentales ne présentent donc des désordres ou des dysfonctionnements que lorsqu'il s'agit de les appliquer à la réalité.

La réalité présente exige une complexité spéciale de l'opération psychologique et il y a, par conséquent, dit P. JANET, une fonction spéciale que l'on peut appeler la fonction du réel. C'est un trouble dans l'appréhension du réel par la perception et par l'action qui résume les troubles présentés par ces malades, en dehors de leurs manies et de leurs obsessions. On note, par ailleurs, dans l'organisme des signes d'épuisement nerveux qui est parallèle à la diminution d'activité psychique, à la baisse de « tension psychologique ». Pour P. JANET, les caractères généraux des stigmates psychasthéniques sont un sentiment d'inachèvement, d'incomplétude des opérations psychologiques, une diminution ou perte de la fonction du réel, des symptômes physiologiques d'épuisement nerveux.

Nous croyons utile d'insister sur l'œuvre remarquable de P. JANET qui a apporté avec ses différents ouvrages un enrichissement inappréciable à la psychologie de l'asthénie psychique.

En 1950, M. E. MINKOWSKI rappelle que la fonction du réel (P. JANET), l'autisme, la pensée de réel (BLEULER), la perte du contact vital avec la réalité (MINKOWSKI), sont des notions qui s'appuient sur la réalité qui en fait une partie intégrante. Elles visent la façon globale dont la personne humaine et non plus l'organisme, se situe par rapport à la réalité et vient s'y insérer, d'une manière plus ou moins adéquate.

Les relations directes avec la réalité apparaissent comme le vrai support de notre vie mentale.

M. E. MINKOWSKI rappelle que M. BACHELARD a écrit :

« Un être privé de la fonction de l'irréel est un névrosé aussi bien que l'être privé de la fonction du réel. »

M. BACHELARD intègre à la réalité un certain aspect de l'irréel.

M. E. MINKOWSKI, reprenant la notion de « chute de tension psychologique de P. JANET », explique certains sentiments d'irréalité par la baisse de tonalité et de plénitude des impressions perçues. Il remarque que des modifications de cette tonalité de la réalité se produisent généralement dans la vie courante. Mais elles sont plus nuancées, plus discrètes. Dans des moments de lassitude empreints d'une légère tristesse, il nous arrive de sentir la réalité comme *s'éloigner* de nous. Sans être modifiée dans son ensemble, elle paraît avoir reculé par rapport à notre personne et devenir de ce fait comme moins *consistante et moins tangible*. Elle n'est plus faite de *solide* sur lequel nous pouvons avoir prise et qui lui, de son côté, peut nous résister et exercer son emprise sur nous, mais comme détachée de son poids terrestre, semble toute prête à planer dans une brume légère. M. E. MINKOWSKI évoque également le sentiment particulier de détachement des êtres et des choses qui caractérise la sénescence, différent du détachement porté par le désir de se *détourner de la réalité*. Ce n'est pas non plus le détachement de la réalité que comporte une méditation profonde.

BLEULER, parti de la psychose, de la schizophrénie, se rencontre cependant avec P. JANET, parti de la psycho-névrose pour ce qui est du rôle à attribuer à la fonction du réel. Il décrit *l'autisme*, la pensée déréelle, ou déréistique, pensée qui, sans être délirante encore, n'est plus déterminée, ni guidée par les exigences de la réalité ambiante.

Pour E. MINKOWSKI, c'est une erreur de vouloir faire des schizophrènes et des schizoïdes des rêveurs éveillés. Les hommes d'action se trouvent aussi bien parmi les schizoïdes que parmi les syntones.

L'imagination fait partie des instruments indispensables destinés à régler notre attitude à l'égard de la réalité, surtout à l'appréhender telle qu'elle est. Pour M. BACHELARD, l'irréel est une partie intégrante du réel (4). Il y a des réalistes qui perdent le contact vital avec la réalité par excès de réalisme. Des imaginatifs par l'irréel l'attachent bien davantage à la réalité.

L'imagination se révèle comme partie intégrante de notre faculté d'appréhender le réel. *Tournée vers la réalité*, elle sert également de

(4) M. BACHELARD insiste sur la fonction de l'irréel psychiquement aussi utile que la fonction du réel, il la désigne par un mot spécial : « L'image imaginée ».

moyen pour nous *évasion de la réalité*. Elle peut nous emporter vers l'irréel, au détriment du réel. Tant que nous avons conscience de nous évader de la réalité, nous conserverons encore un fil qui nous rattache à elle et qui, pour mince qu'il soit, et pour décevante que soit la réalité que nous cherchons à fuir, est de nature à nous ramener tôt ou tard vers elle.

Notre contact avec la réalité comporte toujours deux faces, celle de nous tourner directement vers elle et celle de nous en détacher. Un homme qui ne pourrait en aucune manière se détacher de la réalité ne pourrait plus prendre conscience de lui-même.

La réflexion, l'imagination, la contemplation amènent dans un certain sens un détachement de la réalité.

Pour M. E. MINKOWSKI, les attributs essentiels de la réalité sont le sérieux et le dur. L'humour est une attitude passagère qui suppose un certain détachement de la réalité « extérieure ». En raison de ses liens avec la « réalité intérieure » dont il émane et avec ses tendances à se libérer de la logique, il traduit souvent les complexes avec un minimum symbolique. L'humoriste est un distrait et souvent un anxieux. S'il maintient le contact à la réalité intérieure et extérieure, il ne peut être pleinement à l'une ou à l'autre et il éprouve dans une certaine mesure un sentiment d'irréalité. Il n'est pas à la portée de tous. La réalité se révèle à nous en premier lieu par sa dureté ; elle devient là tangible. Les illusions qui relèvent de l'irréel, baignent le réel de toutes parts. Nous prenons connaissance de la réalité en premier lieu par le *toucher*. Le toucher a une portée vitale primitive.

M. MINKOWSKI écrit que *chaque type humain vit dans un monde à lui*. La réalité est *doublée* partout d'*images* qui, intimement liées à elle, font partie du réel au même titre qu'elle. C'est par artifice que nous arrivons à les en détacher, à en faire de l'irréel. Cette amputation se transforme en véritable « Spaltung » lorsque nous nous refusons à les voir et méconnaissons leur véritable nature. Nous courons le risque par là de déformer, de dénuder entièrement la réalité.

Ces images quand bien même nous ne serions pas des poètes, nous mènent vers la poésie de la vie et nous mettent à l'abri d'une conception trop prosaïque, trop étriquée de celle-ci :

« L'irréel par rapport à la réalité, écrit M. MINKOWSKI, l'aspect cosmique n'en est pas moins réel pour cela. »

Pour M. GUIRAUD qui insiste sur l'aspect neuro-physiologique et même anatomique de ces phénomènes, l'étrangeté est intimement liée à la conception que l'on se fait de l'intuition de la notion du moi.

La signification du terme personnalité est assez imprécise et peut signifier à la fois :

- 1° l'ensemble de notre activité psychique avec ses éléments conscients et inconscients ;
- 2° notre personnalité consciente notre moi ;
- 3° le style particulier selon lequel chaque individualité est construite (personnalités psychopathiques) ;
- 4° ce qui chez l'homme est intangible et immatériel et que les théologiens appellent l'âme.

Pour M. GUIRAUD, l'acte psychique primordial est le sentiment d'être. Il différencie sentiment de sensation et définit « *l'éprouvé vital global atopique* ».

Comme M. KRAFT, il distingue : la désanimation (perte du sentiment d'être) de la désomatisation. Il oppose la déréalisation du monde de la perception (corps et milieu ambiant) à la désanimation dans laquelle le Moi possède une primauté génétique indiscutable sur la déréalisation somatopsychique ou allopsychique.

Les états d'étrangeté sont des états globaux éprouvés et constatés par le Moi. Ils ont pour caractères d'être non seulement différents, inhabituels, mais impressionnants, inquiétants, menaçant justement l'intégrité de ce Moi.

On peut distinguer avec M. GUIRAUD :

- 1° La perte de connaissance.
- 2° L'évanouissement du Moi typique dans l'aura épileptique et la schizophrénie (rappelons la brillante thèse de notre collègue le Docteur SCHMIDT, Paris, 1950).
- 3° Perte de la démarcation du Moi étudiée également par le Docteur SCHMIDT dans une communication (*A.M.P.*, 1951).
- 4° Perte de la notion de réalité tout particulièrement étudiée par JANET qui souligne la primauté de l'atteinte du Moi sur l'ir-réalité.
- 5° Les troubles du déplacement dans le temps, s'opposant au synchronisme vécu de MINKOWSKI qui est la faculté d'avancer harmonieusement avec le devenir ambiant (5).

(5) Nous regrettons de ne pouvoir commenter plus en détail le très intéressant article de M. GUIRAUD qui, à côté des états primitifs d'étrangeté, décrit toute une série de phénomènes curieux moins accentués et résultant d'un défaut d'harmonie entre un Moi primitivement intact et des élaborations sensitives ou sensorielles particulièrement anormales. Citons également les observations de métamorphosie de VON WEIZ-ACKER.

Notons également à propos de la notion du réel et le sens du réel, l'intéressant ouvrage de M. DE GREEF sur les « Instincts de sympathie et de défense ».

L'auteur y montre comment c'est par une sorte d'attention continue de l'instinct indéfiniment tendu vers son objet qu'un être humain normal reconnaît et ses semblables et le cadre de son existence.

Charles BLONDEL cite souvent dans ses observations des cas d'étrangeté, de dépaysement et de doute. Il les situe justement dans cette « conscience morbide » (titre de son ouvrage), qu'il définit avec tant de fine psychologie.

Il insiste sur deux éléments : l'angoisse de ces malades et le paradoxe affectif qui les rend en même temps insensibles :

« Ces malades ont beau présenter tous des réactions affectivo-motrices, principalement anxieuses, d'une exceptionnelle intensité, quelques-uns n'en dénoncent pas moins une insensibilité physique, morale ou physique et morale à la fois, qui connaît tous les degrés de la simple torpeur à l'anesthésie la plus radicale. »

D'autres auteurs : DEVAUX et LOGRE (« Les anxieux »), HARTENBERG (« Psychonévrose anxieuse »), HECKEL (« La névrose d'angoisse »), M. DE FLEURY (« L'angoisse humaine ») ont signalé l'angoisse des malades qui nous intéressent.

Toutes les affections se trouvent transformées en sentiments pénibles, disait GUISLAIN en 1880, et JANET signalait aussi l'indifférence des psychasthéniques :

« Chez eux, les émotions s'arrêtent rapidement, avortent et se transforment en ruminations et angoisses... L'angoisse qui est la plus basse des émotions. »

BLONDEL écrit :

« Comment l'existence même du paradoxe affectif de cet inextricable mélange d'anxiété et d'insensibilité morale, de souffrance physique et d'anesthésie ne nous entraînerait-elle pas à admettre que les états affectifs qu'elle suppose sont irréductibles à l'expérience que les malades ont antérieurement faite des émotions et des sentiments tels que l'humanité les a conceptualisés puisqu'elles n'arrivent pas à se fixer sur leur nature et à donner leur nom, et qu'ils ne parviennent à s'en former une représentation inadéquate qu'en faisant successivement appel à des hypothèses. »

Un état alternativement connoté sous la notion de douloureux et sous celle d'insensible, est sans doute encore affectif, mais n'appartient pas à notre expérience affective commune.

Il y a loin de cette position à celle de RIBOT, GRIESINGER, partant également du trouble primitif de l'affectivité, pense que le malade fait une confusion entre le changement subjectif des choses extérieures qui se produit en lui et leur changement objectif ou réel. C'est le commencement d'un état de rêve dans lequel, lorsqu'il arrive à un degré très élevé, il semble au malade que le monde réel est complètement évanoui, a disparu ou est mort, et qu'il ne reste plus qu'un monde imaginaire ou étrange dans lequel il est tourmenté de se trouver.

Dans leur lumineux traité sur « Les états anxieux », CLAUDE et LÉVY-VALENSI notent souvent ces états d'étrangeté et de dépaysement :

« Le sujet ne se reconnaît plus, il a l'impression que tout en lui est changé et, dans les formes extrêmes, quand il déclare qu'il ne se reconnaît plus, il n'emploie pas seulement une métaphore, car il y a méconnaissance de soi-même. »

Le sujet ne reconnaît plus la vie objective qui lui paraît modifiée, changée, il lui semble qu'un voile le sépare de l'ambiance. Les auteurs estiment que, aux troubles de la perception, s'associent des perturbations de l'association des idées, de l'interprétation de l'affectivité qui s'additionnant, conduisent à des troubles de l'identification.

« Prenant quelques libertés avec les auteurs précédents, écrit CLAUDE, on peut essayer de schématiser un type de psychose anxieuse caractérisée par une anxiété diffuse, mais qui peut épisodiquement se fixer et où s'incorpore le cauchemar anxieux, la préoccupation hypocondriaque, l'interprétation anxieuse, le sentiment de dépersonnalisation, la vision mentale anxieuse. »

Dans divers articles, M. LOPEZ IBOR définit ce qu'il appelle les « timopathies anxieuses », dans lesquelles semblent bien souvent s'intégrer les états qui nous occupent.

M. LOPEZ IBOR fait remarquer qu'il existe deux plans dans la vie sentimentale : le premier étant celui des sentiments réactifs ou dirigés, l'autre plan constitué par des sentiments qui émanent de la propre corporalité de l'homme, ou sentiments vitaux d'après l'expression de SCHELER.

LOPEZ IBOR note du reste que ces sentiments vitaux arrivent à coïncider avec ce que l'on appelle d'un autre point de vue, la cénesthésie... Nous sommes vraiment très près de la cénesthésie psychique du Professeur BARUK.

LOPEZ IBOR trouve également que l'on doit inclure dans cette série de sensations globales deux autres sensations fondamentales, la tristesse et l'angoisse, qu'il qualifie de vitales pour les distinguer des « sentiments de réaction ». Sa désignation de vital se fonde sur le fait que tous ces sentiments expriment la vitalité de l'être telle qu'il la sent par lui-même.

L'angoisse sera donc la crainte de la dissolution du Moi.

Et LOPEZ IBOR range toutes sortes de sensations, de troubles cénes-thésiques ou de dérèglements végétatifs (palpitations, vertiges, angoisse vague, crainte indéterminée), comme des équivalents d'angoisse et l'auteur conclut :

« Avec les cadres de l'anxiété enclavée dans la vitalité et non pas réactive ou psychogène, je propos de constituer un type clinique, la timopathie anxieuse. » (6)

Nous terminerons enfin ce raccourci historique par un bref résumé de la position du Professeur DELAY dans son ouvrage « Les dérèglements de l'humeur ». Cette position nous paraissant absolument primordiale pour l'explication des états qui nous occupent, aussi bien par la définition que l'auteur donne de la conscience, que par son étude des « troubles de l'humeur ». Conscience, nous paraît synonyme de vigilance ; être conscient, c'est être éveillé ; être inconscient, c'est être endormi.

La conscience est une fonction biologique, la fonction vigile.

M. DELAY rappelle que les théories biologiques de la conscience ont montré qu'elle n'est qu'un instrument au service de la vie.

« En fait, écrit le Professeur DELAY, la conscience ne surgit que lorsqu'il y a désadaptation entre l'être vivant et son milieu nécessitant l'adaptation à une situation nouvelle, alors la conscience qui s'était assoupie se réveille, les exigences de la lutte pour la vie requérant l'adaptation au réel, au présent, donc une ascension dans l'échelle des niveaux psychologiques, une tension, une contraction, une systole. Les oscillations de la conscience sont ainsi des oscillations de l'attention qui, sous toutes ses formes, est attention à la vie. »

Et, insistant sur le rôle du diencephale dans les régulations de l'humeur et sur les interréactions cortico-basilaires, le Professeur DELAY cite en conclusion la phrase d'Harvey CUSHING :

(6) Nous ne résistons pas au désir de rapprocher cette notion d'angoisse vitale de la phrase de KIERKEGAARD : « L'anxiété est un état de l'homme dans lequel se révèle le néant ».

« Dans l'hypothalamus, dans cette petite zone médiane et archaïque que pourrait cacher l'ongle du pouce, se trouve le ressort essentiel de la vie instinctive, végétative, émotionnelle que l'homme s'est efforcé de recouvrir d'un cortex d'inhibition. »

FOLLIN a présenté au *Congrès Mondial de Psychiatrie* de 1950, un important rapport sur le « Processus de dépersonnalisation ». La dépersonnalisation étant pour l'auteur la forme extrême des états d'étrangeté.

L'auteur note que ces états s'observent dans les syndromes les plus divers, depuis les lésions organiques grossières jusqu'aux formes les plus nuancées de la psychasthénie.

FOLLIN insiste tout particulièrement sur l'« auto-analyse » et il se demande si cette apparence de lucidité n'est pas à la base de l'intérêt d'un grand nombre de psychiatres, pour ces états d'étrangeté comme si les malades allaient leur permettre de pénétrer dans le secret mécanisme de l'aliénation.

FOLLIN souligne l'existence de trois éléments : la dépersonnalisation, la déréalisation et l'auto-analyse. CLAUDE et LÉVY-VALENSI avaient déjà noté :

« que le psychasthénique perçoit que ses propres actes ne sont pas accomplis avec la simplicité des actes d'autrui. Mais il perçoit aussi que dans son esprit existe une forme de pensée qui n'est pas la pensée de tout le monde : plus complexe, plus protéiforme, plus pénible peut-être, plus riche dans les associations d'idées ».

Chez nos malades, ces caractères sont poussés à l'extrême et l'on en arrive à une introspection exacerbée, et une auto-analyse continue.

« La question se pose, écrit FOLLIN, de savoir si cette auto-analyse ne fait pas partie du processus morbide lui-même. »

Cette auto-analyse n'est-elle pas elle-même suffisante pour provoquer la dépersonnalisation. C'est la « décomposition analytique du Moi », si bien illustrée par AMIEL.

Cette auto-analyse pose le problème du « narcissisme intellectuel ».

On connaît la phrase célèbre de FROMENTIN :

« du don cruel d'assister à sa vie comme à un spectacle donné par un autre.

« Narcisse devint amoureux de son image, il ne la quitta point des yeux, ne put la saisir et mourut de cette illusion même qui l'avait charmé. Prenez garde à cela, et quand il vous arrivera de

vous voir agissant, souffrant, aimant, vivant, si séduisant que soit le fantôme de vous-même, détournez-vous. »

On voit poindre dans cette citation un élément sur lequel il a peu été insisté : l'ambivalence du psychasthénique, une auto-analyse qui aboutit à la dépersonnalisation, un narcissisme qui se teinte d'impossibilité et de cruauté.

« Narcisse mourut de cette illusion même qui l'avait charmé. »

Enfin, l'ambivalence entre le côté fort et faible du Moi dépersonnalisé.

FEDERN considère le Moi obsessionnel comme fort parce qu'il tente de régler le problème de l'angoisse par un jeu intérieur, un mécanisme intellectuel, une défense psychologique spirituelle qui exige un immense travail. Ce Moi est doué, d'après FEDERN, d'une vigueur, d'une subtilité, d'une capacité de résistance qui contrastent avec le côté faible du Moi obsessionnel, beaucoup plus souvent étudié.

FOLLIN estime que le syndrome de dépersonnalisation est un stade particulier dans l'évolution générale du processus psycho-pathologique dont le terme extrême, la conviction délirante, repose sur la croyance à la réalité objective de ce qui n'est que le résultat d'une activité purement subjective.

L'auteur pense que la dépersonnalisation est un processus morbide global, un moment dans la dégradation de l'activité nerveuse supérieure où les deux symptômes de signalisation (7) sont confondus, où le langage et la pensée formulée agissent d'une façon comparable aux excitations venues de la réalité objective.

(7) Ces symptômes de signalisation définis par PAVLOW sont, le premier : l'ensemble des excitations venues de l'extérieur et communes à l'ensemble du règne animal, le second : le langage.

LES PSYCHANALISTES

Cet historique serait incomplet si nous ne parlions pas de l'opinion des psychanalystes.

L'observation d'états d'étrangeté et de dépaysement est fréquente au cours des cures psychanalytiques.

Pour ne pas multiplier les citations, nous rapporterons uniquement les propos d'une malade de M. BOUVET.

A l'évocation de certains fantasmes, cette malade était prise d'une impression de dégoût et de peur abominable et elle déclarait :

« Tiens, j'ai un état d'étrangeté... »

état qu'elle expliquera plus tard dans les termes suivants :

« Cela se produit lorsque j'éprouve une émotion violente de peur ou de colère. Ma perception s'altère, je vois moins bien, j'entends les gens comme à travers du coton, j'ai une impression d'irréalité. Tout est flou et je suis saisie d'une sorte de panique et c'est là l'autre face du phénomène. Je me penche sur le fonctionnement de mon corps, j'écoute mon cœur, le battement de mes artères ; j'ai l'impression que mon crâne va éclater, mon cerveau se déchirer ; j'ai un sentiment de misère, d'isolement absolu, de mort imminente ; il n'y a rien à faire contre cela sinon s'occuper immédiatement à quelque chose. »

Mme S. MORGENSTERN insiste sur le déclenchement des crises à des périodes de la vie sexuelle.

L'un de ses malades, sujet intellectuel et intelligent, présente exclusivement comme troubles :

« Ce sentiment désagréable de mélange de dépaysement et d'angoisse. »

HESNARD, dont nous avons déjà signalé la thèse, a également étudié « la signification psychanalytique des états *dits* de dépersonnalisation ».

HESNARD considère ces malades comme des refoulés du sentiment. Leur pensée serait fortement sexualisée et ils imaginent

« pouvoir résoudre le problème sexuel de façon en apparence agréable et économique en faisant eux-mêmes de leur propre personne l'objet même de leur désir sexuel ».

NUMBERG a également traité « des états de dépersonnalisation vus sous l'angle de la psychanalyse ».

Il estime que ces malades en consommant une partie de la libido détachée de l'objet par l'auto-observation, conservent « la charge affective inconsciente des objets ».

C'est la raison pour laquelle, d'après NUMBERG, la prohibition de la satisfaction sexuelle produit probablement une perte de la valorisation de la réalité des sensations et des sentiments, ainsi qu'une humiliation narcissiste.

Le Moi actuel ne pouvant plus jouer le rôle de Moi idéal, se sent changé et étranger.

FEDERN pense à une altération des limites du Moi.

Avec HENBRICK et SEARL, il pense que l'existence d'un surmoi cruel et agressif explique la psychogenèse des états angoissants d'étrangeté. C'est le retour au stade sadique anal.

KRAFT, qui présenta avec FOLLIN le rapport au *Congrès de Psychiatrie* en 1950, a consacré dans un style que GELMA qualifie de « digne de figurer dans une anthologie de la langue française », un article sur les états de dépersonnalisation (*Encéphale*, 1951).

Il y distingue la dépersonnalisation proprement dite de la désanimation et de la déréalisation, et il émet l'opinion que le phénomène primaire est l'irréalité, c'est-à-dire la non familiarité du monde extérieur et des perceptions. A la base de ce sentiment, existerait une altération du Moi percepteur. « Insuffisance et impuissance », dit KRAFT.

Le monde est familier lorsque nous avons avec lui une relation affective positive. Le terme de « non familiarité » indique donc la nature originellement instinctive du désordre.

« Notre animisme d'adulte est évidemment un résidu nostalgique de l'époque dans laquelle notre monde était constitué par la famille (par la mère surtout) à laquelle nous désirions rester unis sans la nécessité d'accepter un monde objectif et par là étrange. »

Il y a donc à la base des troubles de dépaysement et d'étrangeté, une « incapacité d'aimer » ; un « trouble de la relation sympathique basique », pour VON GEBSATTEL.

KRAFT note un certain degré d'impuissance génitale et de frigidité chez les malades qui nous occupent.

SCHILDER, NUMBERG et REIX parlent de retrait narcissique de la libido.

« Il convient de se demander, dit KRAFT, pourquoi y a-t-il l'expérience d'un trouble perceptif quand en réalité il s'agit d'une altération affective d'origine instinctive. »

C'est en quelque sorte une tentative d'éloignement du Moi d'un aspect déplaisant, c'est une tentative de défense et de protection du Moi. Pour C.P. OBERNDORF, c'est une défense contre l'angoisse.

STRAUSS et VON GEBSATTEL ont montré en s'appuyant sur les travaux de MINKOWSKI, l'angoisse intense qui se formait lorsqu'il y avait modification du temps personnel par diminution des énergies.

Dans toute dépersonnalisation, il y aurait conflit entre les forces (historique et structurale) qui inhibent et celles qui favorisent la satisfaction vitale d'embrasser le monde. Pour KINZ, il y a expatriation (« *Heimatlosigkeit* ») de l'homme qui perd la sécurité d'une relation familière avec son monde limité.

KRAFT pense que le retrait de la libido due à l'action d'un surmoi de constitution purement psychologique est responsable chez les obsessifs et les dépressifs des états morbides que nous étudions.

Pour lui, l'absence de ces troubles dans les syndromes maniaques est une contre-épreuve très suggestive.

Enfin, tout récemment, le Docteur Maurice BOUVET a présenté un très important rapport consacré au « Moi dans la névrose obsessionnelle ». Il y est question, à plus d'une reprise, des états d'étrangeté et de dépaysement.

« J'ai rencontré ces faits dans presque toutes mes observations, écrit BOUVET, les malades ne les avouent qu'avec beaucoup de difficulté et s'ils témoignent d'un trouble de la synthèse du Moi, ils ne sont nullement un argument décisif en faveur de la schizophrénie.

M. BOUVET insiste sur ce qu'il appelle « la relation d'objet » et conclut que ces troubles « quelle que soit la signification qu'on leur prête, que ce soit celle d'un surinvestissement narcissique ou des insuffisances de la libido du Moi, ils témoignent d'une déficience au moins passagère de la structuration de l'Ego ».

Les trois aspects de la personnalité morbide, déficience du Moi, régression pulsionnelle, archaïsme des relations d'objet, seraient liés par une relation rigoureusement constante.

Enfin, M. BOUVET insiste sur la notion d'ambivalence, dans les rapports du Moi et du Surmoi. Et c'est sur cette notion que nous terminerons cet historique un peu fastidieux, mais pourtant indispensable pour aborder l'exposé des observations.

DEUXIÈME PARTIE

LES OBSERVATIONS

« Son âme ne s'engrenant plus à ce qui l'entourait, roue sans rapport avec aucun mécanisme... Kim se mit à pleurer et sentit avec un déclenchement presque imperceptible les roues de son être réemboîtées à nouveau dans le monde extérieur.

« Les choses, qui un instant auparavant traversaient le globe de ses yeux sans rien signifier, reprirent leurs proportions convenables. »

KIPLING

LES JOURNAUX INTIMES

S'il est un genre littéraire méconnu, c'est bien celui des journaux intimes. On est surpris de voir le petit nombre d'études consacrées à ces confidences pourtant d'un intérêt psychologique et humain de tout premier plan. Même au point de vue psycho-pathologique, ce domaine semble peu étudié, les sujets ne manquent pourtant pas de Benjamin CONSTANT à la séduisante Marie BASHKIRTSEFF et d'Henri BEYLE, à l'étonnant RESTIF DE LA BRETONNE. Mais ne nous éloignons pas de notre sujet. L'observation d'états d'étrangeté n'est pas rare dans les journaux intimes et il est bien certain que la description de ces états inhabituels inquiétants et non familiers s'intègre particulièrement bien dans le cadre de ces « confidences écrites » (1). Nous lisons dans le journal de Jules RENARD, à la date du 18 mai 1906 :

« Je me sens irréel comme fait avec du nuage, comme un de ces êtres qui se composent et se décomposent au soleil couchant. »

et dans le journal de DABIT :

« En moi quelquefois de singulières absences, je suis ou je ne suis déjà plus ; alors que mon corps est ici dans ce parc, je doute de cette réalité, il me semble qu'il s'agit d'un autre. C'est comme un dédoublement et de soi une sorte d'absence qui me poursuivent dans la rue lorsque je me trouve en présence d'autres êtres sensation (très réelle, pas forcée ni littéraire) que nous sommes *tous personnages de comédie* ; mais allons, il faut bien rentrer dans sa peau, il le faut sinon cela peut être grave. » (19 octobre 1933.)

De même dans le journal d'EDOUARD (*Des Faux Monnayeurs*) ou DU BOS n'hésite pas à voir l'expression de la pensée personnelle de GIDE, nous notons quelques états d'étrangeté, de vague inquiétude,

(1) Monsieur Maurice CHAPELAN, dans son « Anthologie des journaux intimes », fait remarquer qu'il n'en existe point où triomphe la joie de vivre : leurs auteurs y requièrent contre la destinée et dénoncent l'ennui et la fatigue d'être homme. C'est les classer tout naturellement dans le cadre de la psychasthénie.

de menace et l'intégrité du Moi, mais c'est dans les journaux de MAINE DE BIRAN et d'AMIEL que les caractères des états d'étrangeté s'avèrent surtout remarquables, et pour ne pas surcharger ce travail, nous nous limiterons à ces deux cas d'étrangeté dans les journaux intimes (2).

(2) Henri-Frédéric AMIEL, « Journal intime » (1839-1848), publié par L. Bopp et précédé de « Introduction au Journal intime d'H.-F. AMIEL », par L. Bopp. Genève, Cailler, 1948 ; « Fragments d'un Journal intime », introduction de B. Bouphéline, « Fragments inédits du Journal intime » (1859-1878), *La Pléiade*, 1927 ; « Fragments d'un Journal intime », publiés par E. Scherer, t. I (1848-1866), t. II (1867-1881), Genève, Georg, 1919.

Marie BASHKIRTSEFF, « Journal », t. I (1873-1877), t. II (1877-1884), Charpentier, 1888 ; « Cahiers intimes inédits », recueillis par P. Borel, t. I (1877), t. II (1877-1878), t. III (1878-1881), t. IV (1881-1882), Ed. du Monde Moderne, 1925.

Eugène DABIT, « Journal intime » (1928-1936), Gallimard, 1939.

Eugène DELACROIX, « Journal », t. I (1822-1852), t. II (1853-1856), t. III (1857-1863), Plon, 1932.

André GIDE, « Journal » (1889-1939), *La Pléiade*, 1940 ; « Journal » (1939-1942), *Journal des faux monnayeurs* (1919-1925).

Eugénie DE GUÉRIN, « Journal » (1834-1841), Gabalda, 1934.

Maurice DE GUÉRIN, « Journal » (1832-1835), publié par G.S. Trébutien, Didier, 1862.

Marie LENERUE, « Journal », t. I (1893-1900), t. II (1901-1918), Crés, 1922.

MAINE DE BIRAN, « Journal », t. I (1792-1817), t. II (1817-1824), Plon, 1927 et 1931.

Jules RENARD, « Journal inédit ».

Nicolas RESTIF DE LA BRETONNE, « Mes inscriptions », journal intime de Restif de la Bretonne (1780-1787), Plon, 1889.

STENDHAL, « Journal », t. I (1801-1805), t. II (1805-1809), t. III (1809-1811), t. IV, (1811-1818), Gallimard, 1935 et 1936.

Alfred DE VIGNY, « Journal d'un poète » (1824-1846), Bordas, 1949.

DOM COLUMBA MARMION, « Notes intimes » (1887-1911).

Ernest PSICHARI, « Journal intime » (1913).

Maurice CHAPELAN, « Anthologie du Journal intime », t. I, Laffont, 1947.

Claude ELSÉN, « Du journalisme intime », voir la *Table Ronde*, novembre 1949 (pp. 1.772 à 1.777).

Georges GUSDORF, « La découverte de soi », P.U.F., 1948.

Emile HENRIOT, « La manie du Journal intime et le roman autobiographique », Imprimerie de Monaco, 1924.

Michèle LELEU, « Les journaux intimes », P.U.F., 1952.

René DE SENNE, « Traité de caractériologie », P.U.F., 1945.

Emmanuel MOUNIER, « Traité du caractère », Ed. du Seuil, 1946.

Georges BERNANOS, « Journal d'un curé de campagne », Plon, 1936.

Ramon FERNANDEZ, « Messages », Gallimard, 1926.

Soeren KIERKEGAARD, « Etapes sur le chemin de la vie », Gallimard, 1948.

Albert THIBAUDET, « Amiel ou la part du rêve », Hachette, 1929.

Paul VALÉRY, « Tel quel », 2 vol., Gallimard, 1943.

LE CAS PARTICULIER D'AMIEL

« Le rêve d'AMIEL, c'est le dangereux et singulier pouvoir qui se retrouve à la racine de toutes les métaphysiques et de tous les mysticismes. »

Paul BOURGET

L'étude du « Journal intime » d'H.-F. AMIEL nous paraît primordial dans le cadre de ce travail. La riche et attachante personnalité d'AMIEL a fait l'objet de nombreuses études parmi lesquelles celles de Léon BOPP, MARANON, DELACROIX, Edmond JALOUX et THIBAUDET nous ont paru les plus intéressantes.

L'auteur du « Journal intime », qualifié par DUPRÉ d' « imagitatif pur », et par Max SCHERER de « malade de l'idéal », a été gratifié des dénominations les plus diverses : paranoïaque, schizoïde, masochiste, stérile rabâcheur, génial penseur, etc., etc.

L'étiquette de psychasthénique nous semble être cependant la plus valable : doute, troubles du sens du réel de la volonté, troubles cénesthésiques abondent tout au long du journal. Mais c'est uniquement sur les troubles de dépaysement et d'étrangeté, d' « étrangèreté » comme les appelle l'auteur, que nous insisterons.

Nous verrons également la parenté de ces états angoissants d'étrangeté et de déréalisation avec des états qui ont été beaucoup plus souvent étudiés, les « états extatiques d'AMIEL ».

De l'un à l'autre, ce n'est souvent qu'une question de degré de transition.

Tout au long de ses confidences, remarques, et surtout de ses analyses subtiles de lui-même, de ses sentiments, émotions, espoirs, craintes, angoisses et extases... bref, au cours de cette continuelle

introspection, l'auteur du journal fait preuve d'une pénétrante psychologie (1).

Rappelons que M. Léon BRUNSCHWIG, dans son important ouvrage « Progrès de la conscience dans la philosophie occidentale », place l'étude d'AMIEL entre celle de MAINE DE BIRAN et de BERGSON ; il y étudie ce qu'il nomme « l'achronie intérieure d'AMIEL », anticipation de cette intuition de la durée : « Echapper par l'extase intérieure au tourbillon du temps... être délivré de sa cénesthèse », écrit AMIEL.

La psychasthénie d'AMIEL est trop flagrante pour que nous nous arrêtions longuement à la mettre en lumière.

« Je suis un perplexe, un découragé, un attristé et un faible. »

Asthénie, aboulie, découragement, peur de l'action, crainte de l'inattendu, introspection, rêverie, tristesse n'ont échappé à aucun de ses commentateurs, et les symptômes de psychasthénie foisonnent tout au long du journal intime (2).

(1) AMIEL ne critique-t-il pas ceux qui prétendent que le rêve ne traduit que l'état de nos viscères et de nos organes vitaux. Il écrit :

« Le rêve est un carrefour intérieur où retentissent toutes les agitations diverses de la vie, il y a aussi des rêves du cœur, de l'âme et de la raison. »

Pour AMIEL, il est évident que le nocturne de la conscience, que le côté occulte de la psychologie, que la vie mystique de l'âme est d'une réalité aussi certaine que l'existence humaine.

C'est là que sont les origines et les *clefs*, écrit AMIEL, qui cinquante ans avant FREUD, emploie le mot refoulement et va jusqu'à affirmer :

« Que le rêve amplifie notre personnalité en nous faisant vivre des existences qui ne nous sont pas accessibles à l'état de veille. »

AMIEL a également parlé de l'instinct de sympathie et il serait intéressant de montrer que sa pensée n'est pas très éloignée de celle de M. DE GREEF.

« Vivre avec l'univers dans la même vie sympathique que l'enfant avec sa mère, sentir vibrer en soi les ondes de la lumière et du son, la vie planétaire...

« Reconnaître sa parenté ou consanguinité avec l'infusoire phosphorescent. » Etc., etc.

(2) — *Troubles de la mémoire* : 8 octobre 40 - 14 octobre 72 - 3 juillet 74 - 19 avril 76 - 6 novembre 80 - 12 juillet 76 - 20 juin 78 - 8 juillet 80 - 19 juillet 78 - 23 octobre 79.

— *Perception du réel* : 26 avril 52 - 16 mars 54 - 31 août 56 - 11 novembre 66 - 8 avril 68 - 26 avril 68 - 31 mars 73 - 2 avril 73 - 7 octobre 73 - 7 juillet 73 - 19 avril 76 - 21 mai 76 - 29 août 76 - décembre 66.

— *Sens du réel* : 21 septembre 80 - 2 février 71 - 5 août 75 - 27 septembre 80 - 7 avril 60 - 28 mars 54 - 9 janvier 79 - 3 juillet 74 - 19 décembre 77.

— *Dépersonnalisation* : 26 avril 52 - 9 août 59 - 5 décembre 60 - 21 janvier 66 - 26 août 76 - 31 octobre 77 - 5 janvier 79 - 13 janvier 79 - 18 novembre 72 - 28 novembre 72 - 3 juillet 74 - 28 août 75 - 19 avril 76.

— *Troubles cénesthésiques* : 29 mars 54 - 23 avril 71 - 14 avril 79.

— *Doute* : 9 septembre 50 - 3 juillet 74 - 12 septembre 70 - 12 septembre 76 - 22 mai 73 - 30 août 80 - 22 mai 77.

— *Aboulie* : 31 décembre 70 - 24 octobre 72 - 18 novembre 72 - 28 novembre 72 - 21 avril 73 - 3 juillet 74 - 12 août 78 - 8 juillet 80 - 12 mai 60 - 15 juillet 77.

— *Indécision* — *Inaction* : 2 septembre 58 - 3 septembre 58 - 12 décembre 74 - 9 janvier 79 - 12 juin 41 - mars 58 - 6 avril 51 - 26 juillet 54 - 23 mai 55 - 27 juillet 54 - 4 juin 60 - 26 août 68 - 9 juin 70.

AMIEL a fréquemment noté des impressions *cénesthésiques* variées qui nous paraissent plus intéressantes. Constriction cérébrale depuis les tempes jusqu'à la nuque, sensibilité douloureuse de l'encéphale, angoisse cardiaque, vague anxiété, troubles assez fréquents et se reproduisant suivant un rythme (de préférence l'après-midi).

Léon BOPP remarque très justement que « la crainte torture AMIEL plus que la douleur ».

AMIEL écrit du reste :

« Avec mon habitude de m'observer froidement et comme un non moi, je sentais vivre les diverses régions de mon cerveau au-dessous de mon crâne. Je sentais comme une sourde vibration malade semblable à celle que produit la chaleur sur une substance molle qu'elle pénètre, puis légères contractions superficielles ou profondes affectant l'ensemble ou certaines parties (les tempes, l'arrière-tête), puis une tension pénible du centre même de l'encéphale. Ma fibre nerveuse sans élasticité ne pouvait reprendre son " jeu et son état normal " ».

« Je suis éminemment destructible. Le mauvais fonctionnement sur un point compromet très vite la machine tout entière. »

Les troubles ne sont pas exempts d'une certaine tonalité hypochondriaque, et à l'occasion d'une grippe, AMIEL écrit :

« Me faut-il toujours sentir par quelque bout ma carcasse en avarie. »

« Le soleil va-t-il me nuire comme l'ombre jadis. Je me détraque donc sans remède. »

VERLAINE ne s'exprimait pas autrement en se plaignant du climat trop égal du Midi où le « ciel est trop bleu, trop tendre, la mer trop verte et l'air trop doux ».

« C'est bien la pire chaîne,
« De ne savoir pourquoi,
« Sans amour et sans haine,
« Mon cœur a tant de peine. »

Les états *cénesthésiques* étant notés, nous extrairons de l'œuvre d'AMIEL d'importants fragments qui nous paraissent indispensables aussi bien pour l'exposé que pour la discussion de notre thèse et auxquels nous nous reporterons par la suite.

Agé à peine de dix-neuf ans, dans son premier journal, AMIEL s'exprime en des termes bien étranges et caractéristiques sous la plume d'un adolescent :

« Chaque jour, nous laissons une partie de nous-même en chemin, tout s'évanouit autour de nous, figures, parents, concitoyens, les générations s'écroulent en silence, tout tombe et s'en va, le monde nous échappe et ce n'est pas assez, nous nous perdons nous-même. Nous sommes aussi étrangers au moi qui a vécu que si ce n'était pas nous. Ce que j'étais il y a quelques années, mes plaisirs, mes sentiments, mes pensées, je ne le sais plus, mon corps a passé aussi, le temps a tout emporté.

« J'assiste à ma métamorphose, je ne sais plus ce que j'étais. Mes jouissances d'enfant, je ne puis plus les comprendre. Mes observations, mes espérances, mes créations de jeune homme, elles sont perdues. Ce que j'avais senti, ce que j'avais pensé, la conscience de mon ancienne existence je ne l'ai plus : "C'est un passé englouti". »

AMIEL qui s'isolera des obligations que lui impose son rôle de citoyen, de professeur ou d'ami, passera la plus grande partie de son existence loin de la Société.

Seuls les spectacles de la nature auxquels il est infiniment sensible maintiendront, avec ses amitiés féminines, un contact avec le monde extérieur, et encore son éternelle et impitoyable rêverie, aggravée par une continuelle auto-observation, l'amènera à force de dissociations et de désaccords à des états d'étrangeté, de vide et d'irréel.

Nous emprunterons à LÉON BOPP quelques réflexions sur les troubles qui nous intéressent.

« Mais voici que ce moi cultivé avec tant d'ardeur, écrit le commentateur d'AMIEL, cette personnalité isolée et protégée si jalousement contre toute atteinte du dehors se dissolvent. En renonçant à la fois à toute communion étroite avec les autres consciences et à toute cohésion extérieure, la conscience d'AMIEL se désagrège parfois dans la rêverie et se dépersonnalise. »

Chez AMIEL, le relâchement avec le monde du dehors se manifeste donc par « ce sentiment d'irréalité, de flottement, de détachement », écrit LÉON BOPP qui conclut :

« Les troubles de la personnalité ne se manifestent pas chez AMIEL à l'état chronique et aigu. Ils ne sont que l'un des symptômes de la névrose dont il souffrit plus ou moins durant toute son existence. »

Ce sont justement les symptômes de cette névrose que nous allons tenter de mettre en valeur par des citations appropriées tirées du « Journal intime ».

« Le journal intime me dépersonnalise tellement que je suis pour moi un autre et que j'ai à refaire la connaissance biographique et morale de cet autre. »

« Mes états antérieurs, mes configurations et métamorphoses m'échappent comme accidents transitoires. »

« Ils me sont devenus étrangers, objets de curiosité, de contemplation ou d'étude. »

« C'est de l'omphalopsychie, l'évanouissement de mon être en sera bien facilité car je m'aperçois moi-même, comme les fantômes, déjà diaphane, inconsistant, vaporeux, illusoire. »

« Température lourde, siroco, ennui, langueur, aversion intérieure, mécontentement, vide... d'où provient cette anxiété confuse ? Est-ce une appréhension ? Je ne sais pas ? Mais ce rongement vague est dangereux. Il pousse aux décisions brusques et folles. » [AMIEL a songé plus d'une fois au suicide.]

« On veut ainsi échapper à soi-même, mettre en déroute les papillons noirs et les diables bleus... »

« Je comprends les diverses frénésies de la volupté, du haschich, des alcooliques. »

.....

« Je me dépersonnalise avec une telle facilité que je me confonds momentanément avec d'autres. Ma manière d'être à moi se perd dans le nombre et je ne sais plus ce que je suis comme individu parce que mon individu ne m'intéresse pas plus que ses analogues et ses congénères. »

.....

« Comme un rêve qui tremble et s'évapore aux naissantes lueurs de l'aube, tout mon passé, tout mon présent se dissolvent en moi et se détachent de ma conscience quand elle se replie sur elle-même. »

« Je me sens à cette heure, vide, dépouillé, comme un convalescent qui ne se rappelle plus rien. »

« Mes lectures, mes voyages, mes projets, mes expériences se sont évanouies de ma pensée. »

« C'est un état singulier, toutes mes facultés s'en vont comme un manteau qu'on pose, comme la coque d'une larve. »

« Je me sens muer, ou plutôt rentrer dans une forme plus élémentaire. J'assiste à mon dévêtement. J'entre doucement dans le cercueil de mon vivant comme CHARLES QUINT. »

.....

« Il me semble que je suis devenu une statue sur les bords du fleuve du temps, que j'assiste à quelque mystère, d'où je vais sortir vieux, sans âge. »

« Je ne sens ni désir, ni crainte, ni mouvement, ni élan particulier. Je me sens anonyme, impersonnel, l'œil fixe comme un mort, l'esprit vague et universel comme le néant et l'absolu. Je suis en suspens. Je suis comme n'étant pas. »

« Dans ces moments, il me semble que ma conscience se retire dans une éternité... l'âme est rentrée en soi, retournée à l'indétermination, elle s'est réimpliquée au delà de sa propre vie... Elle redevient embryon divin... »

« Je flotte comme un élément, je suis fluide, négatif, indécis, infixable, et par conséquent je ne suis rien. »

« Ce que j'ai su ou voulu s'efface en moi comme une vue dissolvante, se dissipe aux yeux, mon être se résout en brouillard informe, mon existence n'est qu'une fantasmagorie extérieure. Et pour les autres, je semble quelqu'un, pour moi-même je ne suis qu'une ombre, une substance, un rêve insaisissable, un simple bruit de vie. »

.....

« Je ne m'aperçois moi-même que comme une apparence fugitive, comme l'impalpable arc-en-ciel qui flotte un instant sur la bruine dans cette formidable cascade de l'être qui tombe sans relâche dans l'abîme des jours. »

« Tout me paraît donc chimère, vapeur et néant, y compris mon propre individu. Je me retrouve en pleine phénoménologie bizarre. Bizarre. »

« Il me semble que les sutures se dénouent et se détachent juste assez pour que j'aie la perception de mon assemblage et le sentiment distinct de ma fragilité. Cela fait de l'existence personnelle un étonnement et une curiosité. »

.....

« En 1846, j'ai pendant deux semaines senti mon corps hors de mon vrai moi. Je l'ai regardé avec curiosité comme une chose étrangère. »

.....

« Je crois que ma mémoire n'a plus de cohésion, que mes molécules et qu'enfin la désagregation est déjà commencée de mon vivant. »

« Pour moi, j'ai perdu la clef de moi-même et ne connais plus la chose essentielle, mon don particulier. »

« Le roulis du temps me paraît curieux et m'étrange encore autant et plus qu'il n'y a vingt-cinq ans. »

« J'assiste à ma propre lanterne magique, mais le moi qui regarde ne s'identifie plus avec le spectacle. Je suis à moi-même l'espace immobile dans lequel tourne mon soleil et mes étoiles. »

« Que le monde est bizarre et que l'homme est étrange, le spectateur changeant d'un spectacle qui change, croit qu'il reste le même et qu'il tient le réel. »

.....

« Je me regarde vivre comme on suit un rêve, par curiosité forcée. Je ne suis qu'une conscience psychologique, un milieu où se passent les phénomènes que je ne dirige pas et que je contente de noter. »

.....

« Avec quelle effrayante rapidité mon travail et ma pensée me deviennent étrangers et inconnus. »

« Cette nullité de cohésion et d'appropriation est ma grande misère. Il y a des jours où tous ces détails me semblent un rêve où je m'étonne du pupitre qui est sous ma main, de mon corps lui-même — où je me demande s'il y a une rue devant ma maison, et si toute cette fantasmagorie géographique et topographique est bien réelle. »

.....

« Tout m'est étrangé, je puis sentir en ressuscité, je puis être en dehors de mon corps et de mon individu. Je suis dépersonnalisé, détaché, envolé, ma conscience peut devenir celle du bonze, du soufi, du brahame. Une seule forme n'est plus naturelle, c'est la mienne... »

La différenciation ou l'identification excessive relâche les liens des divers états de conscience. Sa mémoire se détraque, dit Léon BOPP, le passé se dérobe. Il se sent disponible, vide, son moi se transforme en une collection dont les termes s'ignorent. « Le désaccord avec le monde extérieur se combinant avec le désordre intime, nous assistons à la désorganisation de ce moi. » Edmond JALOUX critique très justement le jugement de Léon BOPP en lui reprochant d'exagérer le côté de désorganisation psychique d'AMIEL : dissolution, écrit-il, je ne peux l'entendre que progressive et je ne vois pas ici d'évolution, il n'existe aucune projection au dehors ; et avec une très fine psychologie, Edmond JALOUX oppose AMIEL à Gérard DE NERVAL.

Rappelons également que l'épithète de bovarisme « exaspéré » a été attribué par Edmond JALOUX au « Journal intime » d'AMIEL, et il est bien certain que le rêve d'AMIEL conserve quelque chose de volontaire et de dirigé :

« Fais en toi la part du mystère, ne te laboure pas toujours tout entier du soc de l'examen, mais laisse en ton cœur un petit angle en jachères pour les semences qu'apportent les vents et réserve

un petit coin d'ombrage pour les oiseaux du ciel qui passent ; ai en ton âme une place pour l'hôte que tu n'attends pas et un hôtel pour le dieu inconnu... »

Parfois à l'occasion d'un spectacle de la nature : « Un paysage est un état d'âme », écrit AMIEL ; parfois à l'occasion justement d'un état d'étrangeté qui est le point de départ d'une rêverie pouvant aller jusqu'à l'extase de dissolution.

Nous lisons dans le « Journal intime » :

« Je rentre moi-même dans l'informe et le fluide, dans le monde vague de la possibilité et de l'omni-possibilité. Est-ce cela le néant ?
« Je ne me possède qu'à l'état de nomade et de moi et je sens mes facultés elles-mêmes se résorber dans la substance qu'elles individualisent.

« Cette réimplification psychologique est une anticipation de la mort. Elle représente la vie d'outre-tombe.

« Je rentre doucement dans mon cercueil de mon vivant.

« Je me sens anonyme, impersonnel, l'esprit vague et anonyme comme le néant ou l'absolu. »

Ces états d'AMIEL sont infiniment intéressants et mériteraient à eux seuls une longue étude, car ils sont bien proches des états de sécheresse et de la « nuit obscure » des mystiques (3).

Ces états se rapprochent également de l'angoisse existentielle de HEIDEGGER et KIERKEGAARD.

« L'angoisse est un état de l'homme où se révèle le néant », écrit KIERKEGAARD qui poursuit :

« C'est l'incompréhensibilité du rien de ce néant qui engendre l'angoisse, ou plus exactement la sensation d'une indivision du néant et de l'existant. Ce trouble où est l'esprit qui réalise l'incomplétude, l'inachevé de la synthèse de l'âme et du corps. Trouble qui s'évanouit dès que ce sentiment se résout en idées. »

Mais continuons la lecture du « Journal intime » :

« Autre expérience pour atteindre le macrososme, il faut atteindre d'abord le milieu corporel pour se remettre en harmonie avec la nature, le moi ne doit pas être harcelé par l'organisme.

« La cénesthèse fait brouillard opaque entre le paysage et la pensée ; l'esprit offusqué par les sensations internes n'est plus

(3) Rappelons le rapport du *Congrès de Psychologie Religieuse* (1938) sur la « Nuit mystique » et le très intéressant article de Jacques MARITAIN sur « L'expérience mystique naturelle et le vide ».

vacant pour la perception du monde extérieur. Il voit le crêpe plutôt que ce qui est au delà. L'impersonnalité, l'objectivité contemplative deviennent impossibles et c'est là ce qui me nâvre.

« Qu'est-ce que la folie ?

« L'épanouissement de ce rideau subjectif et idio-syncrasique qui sépare du monde réel. Sa nervosité rendant étranger à ce monde du dehors et le traduisant mal est un acheminement à la folie. »

Ces passages témoignent que plus d'une fois AMIEL s'est vu près de la démence, tout en faisant une parfaite auto-critique de ses troubles.

AMIEL se pose la question : « Est-ce la folie ? »

Non, la folie est l'impossibilité de rentrer dans son équilibre après le vagabondage dans les formes étrangères, après les visites dantesques aux mondes invisibles.

La folie est de ne pouvoir se juger, ni s'arrêter. AMIEL s'est donc posé la question et y a répondu en notant le moyen salvateur, nous sommes tentés de dire le moyen psychothérapique de sortir de ces états.

« C'est de la psychologie, dit AMIEL, mais on ne se défend bien qu'en revenant parmi les hommes et en raidissant sa volonté. »
« Pour sortir du rêve, il faut souffrir et agir. »

L'expression et la pensée d'AMIEL sont évidemment très particulières, essentiellement intellectuelles, analytiques, spiritualisées, souvent poétiques, parfois mystiques.

AMIEL sait, comme nos malades, que la lutte, l'effort ne servent de rien pour sortir de ces états angoissants. Et il y réagit le plus souvent d'une façon qui transforme ces états extatiques.

L'introspection, la maladie et l'idéalisation l'y aident largement. Nous pouvons suivre dans le « Journal intime » l'évolution, l'association et presque la similitude de ces états.

« Notre vie n'est qu'un document à interpréter, qu'une manière à spiritualiser, qu'une suite de phénomènes fugitifs à transformer en esquisse microcosmique.

« Telle est du moins la vie du penseur, il se dépersonnalise chaque jour. S'il consent à éprouver et à faire, c'est pour mieux comprendre. S'il veut, c'est pour connaître la volonté. »

« Il se considère comme un laboratoire de phénomènes. »

« Ce qui le distingue, c'est la désappropriation. Quoi qu'il soit doux d'être aimé et qu'il ne connaisse rien d'aussi doux, il lui semble encore être l'occasion du phénomène plus que son but. Il

contemple le spectacle de l'amour, et l'amour reste pour lui un spectacle. Il ne croit même pas en son corps à lui. Il sent passer en lui le tourbillon vital qui lui est prêté momentanément pour lui laisser percevoir les vibrations cosmiques. »

« Il n'est que sujet pensant, il ne retient que la forme des choses, il ne s'attribue la possession matérielle de rien. »

Ce passage montre comment les états d'étrangeté, de déréalisation d'AMIEL sont proches des états extatiques, et surtout peuvent en être le point de départ.

Ces états ont, du reste, un caractère décousu individuel et mobile qui les font alterner avec des états d'abattement et de doute.

Léon BOPP écrit :

« Les mêmes tendances à l'isolement qui, chez AMIEL dilatent le moi jusqu'à l'identifier à l'univers, sont capables aussi de le ramener à zéro en le séparant de toute chose et l'on passe ainsi des extases positives d'AMIEL aux extases négatives de dissolution et d'abattement si remarquablement étudiées par Henri DELACROIX ("Les états extatiques d'AMIEL"). »

AMIEL poursuit :

« Dans mon abandon volontaire à l'universalité à l'infini, mon moi particulier comme une goutte d'eau dans une fournaise s'évapore. Il ne se condense à nouveau qu'au retour du froid, après l'enthousiasme éteint et le sentiment de la réalité revenu. »

« La méditation du zéro sur lui-même, l'évanouissement de tous les phénomènes dans la substance du moi et du moi dans le vide. Un néant qui s'aperçoit, c'est la pensée pure. »

« Réverie grandiose, immortelle, cosmogonique où l'on porte le monde dans sa poitrine, où l'on touche aux étoiles, où l'on possède l'infini. »

Le sujet croit entrer immédiatement en relation avec son objet, le saisir par intuition, ne faire qu'un avec lui.

« C'est le retour à l'unité, la rentrée dans le Plérôme, la vision de Plotin et de Proclus, l'aspect désirable de Nirvanā. »

AMIEL a entrevu l'état théopathique et ressenti l'extase. Il dit avoir des

« états où il a baisé le bord des vêtements de Dieu ».

Si nous pouvions nous maintenir dans la conscience permanente de cette harmonie des mondes dans laquelle nous sommes une note, nous serions des dieux. »

« Il n'y a qu'une chose réelle, qu'une chose nécessaire c'est l'identification de notre moi avec cette chose unique... et cette âme de toute chose l'effusion parfaite, le mariage mystique, la communion avec Dieu est la joie poursuivie par tous les contemplateurs venus des quatre vents du ciel. »

AMIEL passe donc insensiblement de l'état de vide et d'étrangeté à celui d'extase, il monte comme les mystiques vers la communion. On dit d'AMIEL que le journal intime fût son refuge, son sanctuaire et son confessionnal, qu'il s'y était enfermé comme dans un cloître pour faire oraison : AMIEL lui-même écrit que son journal n'était qu'un recueillement, plume en main.

Sa vie intime n'est qu'une continuelle oscillation entre le promontoire où il dominait « l'univers tout entier » et les « siècles de l'Histoire » et l'effondrement et le rétrécissement infini et angoissant du Moi dans le temps et dans l'espace.

Nous avons cherché dans un trop court commentaire à dégager de l'œuvre d'AMIEL, l'importance, la riche tonalité et le mécanisme des états d'étrangeté et de dépaysement qui sont probablement parmi les plus éloquents que l'on puisse trouver dans la littérature classique (4).

(4) La riche et intéressante personnalité d'AMIEL mériterait un développement beaucoup plus long qui serait hors de propos dans le cadre de cette étude, mais sur lequel nous espérons revenir dans un travail ultérieur.

LE CAS DE MAINE DE BIRAN

« On n'a jamais assez de soi pour penser à soi. »

CLAUDE et LÉVY-VALENSI

Auteur d'un « Journal intime » qui a fait couler presque autant d'encre que celui d'AMIEL, MAINE DE BIRAN s'y révèle historien, philosophe, psychologue.

Cette psychologie biranienne, dit MOUNIER, marque l'avènement moderne de la psychologie en « première personne ». C'est en effet sur l'examen de ce « Moi » que se base la psychologie de MAINE DE BIRAN.

Nous limiterons ce trop court chapitre à l'étude de quelques symptômes particuliers de la psychasthénie de MAINE DE BIRAN, pensant qu'il est inutile de mettre en évidence cette psychasthénie tant et tant commentée et apparaissant à chaque page du journal.

Parmi ces symptômes si subtilement étudiés par l'auteur, nous voudrions mettre en valeur les rapports de l'auto-analyse, traduction intellectuelle d'un certain narcissisme et des sentiments de vide, de vague et d'étrangeté : enfin, les troubles cénesthésiques, états qui coexistent avec une riche symptomatologie psychasthénique.

SAINTE-BEUVE disait qu'il y a du GREUZE chez MAINE DE BIRAN, voulant ainsi souligner cette élégance naturelle, cette grâce un peu mignarde et un principe de mollesse qui semble inhérent à la constitution même du philosophe :

« Cette féminité ou ce manque de vigueur ne fit que s'accuser davantage et devint bientôt un état permanent de " faiblesse générale " », écrit DE LA VALETTE MONBRUN.

Nous lisons dans le « Journal intime » :

« Je ne sais pas qu'il existe d'homme peut-être dont l'existence soit si variable que la mienne. J'attribue ces variations à mon

tempérament dérégulé ou peut-être à la constitution de mon cerveau dont les fibres molles et délicates sont susceptibles de prendre successivement toutes les modifications. »

« Tout influe sur nous et nous changeons sans cesse avec ce qui nous environne. Ainsi cette malheureuse existence n'est qu'une suite d'événements hétérogènes qui n'ont aucune stabilité. »

« Ils vont flottant, fuyant rapidement sans qu'il soit jamais en notre pouvoir de les fixer. »

On ne saurait mieux décrire l'instabilité du psychasthénique, et MAINE DE BIRAN note avec cette même subtilité, l'asthénie, l'aboulie, l'indécision, la timidité, la crainte des événements extérieurs, etc. Baromètre vivant, il consigne l'impression du gel, de la pluie, du vent, du soleil sur son organisme. Il y mêle de curieuse façon la météorologie et l'introspection.

Bref, il « *se regarde passer* », selon sa propre expression, tantôt avec un certain attendrissement, comme dans cette promenade solitaire où il jouit du calme des champs, du chant des oiseaux « et de moi-même », écrit l'auteur en soulignant, tantôt avec une certaine sévérité, il note à son sujet qu'il n'y a guère que les gens malsains qui se sentent exister : la *Santé* nous porte aux objets extérieurs, la *Maladie* nous ramène chez nous :

« Quand on a un peu de vie ou un faible sentiment de vie, on est plus porté à observer les phénomènes intérieurs ; c'est la cause qui m'a rendu psychologue de si bonne heure. »

Malgré tous les jugements d'instabilité, d'impuissance et de mobilité que MAINE DE BIRAN peut porter sur lui-même, il avoue :

« Je ne puis cesser de m'aimer moi-même et de prendre intérêt à ma personne. »

Insistons au passage sur le côté narcissisme de MAINE DE BIRAN qui note çà et là :

« Je me suis beaucoup trop occupé de mon visage. »

« Je me suis toujours trop adonné aux soins du corps. »

Il consigne fidèlement ses baigns : « Je me suis baigné », « Lu en me baignant », « Bain reposant », etc.

L'habit de conseiller d'Etat ne lui est absolument pas indifférent et il remarque avec une satisfaction certaine qu'il y est très à l'aise.

Il existe chez MAINE DE BIRAN trois états qui glissent insensiblement sans qu'il soit bien facile de déterminer lequel est le premier.

Ces états sont le sentiment de vide, de fadeur, l'état analytique (l'introspection), et des sensations douloureuses de doute, d'anéantissement. Les termes d'angoisse et de dépersonnalisation étaient peu employés à cette époque, mais nous allons voir combien ils en sont voisins.

Les états de vide tout d'abord :

« J'éprouve un grand vide dans l'esprit et dans l'âme, je ne me fixe à rien et tout me distrait et me jette hors de mon assiette. »

« Je me rends témoignage de la faiblesse, du vide qu'il y a en moi. Je ne suis plus content de mes idées. Je vis mal ou froidement avec elles, aussi elles m'abandonnent peu à peu et je vis complètement seul. »

« C'est une grande faiblesse, un malaise habituel, un sentiment d'impuissance et de dégoût qui ne permet de rien faire à propos, ni de suite. »

« Je vais me laisser aller à l'engourdissement et la torpeur si je n'y prends pas garde. »

Tout au long du « Journal », nous voyons MAINE DE BIRAN se plaindre de ces états : fluctuation, découragement, langueur, dégoût, vide, ennui, froid, absence de sentiments.

On croirait par moment lire une observation de JANET.

Ces états, MAINE DE BIRAN les étudie, les fouille, les analyse, les dissèque, sans qu'il soit bien facile de discerner si cette inlassable auto-analyse est la cause ou le résultat.

L'auteur y trouve certainement une satisfaction :

« Il n'y a de véritable intelligence, de véritable activité que dans l'observation intérieure ou dans la possibilité de s'observer soi-même, non seulement dans le rapport avec les objets extérieurs, mais surtout et d'abord dans le rapport du monde intérieur des phénomènes de sensibilité et d'imagination. »

MAINE DE BIRAN note à plusieurs reprises qu'il assiste comme un témoin assidu à la décomposition de son être physique et moral.

Il pressent du reste que l'étude de ces fluctuations n'est pas inutile et cache des mécanismes encore inconnus :

« Combien de choses qui se passent en elle (l'âme) avant, pendant et après le premier sentiment du moi qui ne viendront jamais à la connaissance. »

« Qui sait tout ce que peut la réflexion concentrée, s'il n'y a pas un nouveau monde intérieur qui pourra être découvert par quelque Colomb métaphysicien. »

Sans prétendre être ce Colomb métaphysicien, l'étude de soi-même, « cette psychologie de la première personne », semble à MAINE DE BIRAN primordiale et pour lui le comble est de perdre jusqu'à la possibilité de s'observer et de « trouver des consolations à tant d'autres pertes dans cet exercice de la libre activité qui consiste à s'observer soi-même » (1).

« Tout est couvert à mes yeux d'un voile sombre. »

A plusieurs reprises, il note qu'il se trouve dans la vie « comme un somnambule ». Il « s'échappe à lui-même », il « s'évanouit dans les songes » et si le mot angoisse n'est pas prononcé, ces états sont décrits comme intenable, insupportable, invivable, insouffrable, se transformant en « sentiment pénible de l'existence » qui dure et se concentre, au-dedans de lui-même sans que rien lui permette d'y échapper ou « d'en sortir ».

C'est le *collapsus*, dit l'auteur.

« Une vie si malheureuse, si elle continuait ne vaudrait pas le néant. » C'est presque « une absence de vie », écrit MAINE DE BIRAN.

« Nerfs détestables ; embarras de tête, trouble des idées extraordinaires. J'ai un sentiment pénible de l'existence. »

« Je suis disposé à tout voir comme perdu parce que je suis perdu à mes propres yeux. Je me sens anéanti. »

« Ma vie se décolore peu à peu. J'assiste à ma mort avec les forces entières de la vie. »

(1) Notons à ce propos ce passage combien caractéristique :

« J'ai été saisi par des affections vives et désordonnées, au lieu de me raidir contre la pente qui m'entraînait, je m'y laissais aller sans effort, content comme je l'aurais fait à l'égard d'un autre (habitué à m'observer comme un non moi, disait AMIEL), pareil au médecin qui se féliciterait d'avoir une maladie pour se donner le plaisir d'en observer les circonstances et les signes sur lui-même. »

On est un peu désemparé devant autant de manque de sincérité et il faut bien le dire d'égoïsme à l'égard d'autrui, et on ne peut réprimer à certains passages du « Journal intime » (aussi bien d'AMIEL que de DE BIRAN), une certaine incompréhension pour ne pas dire indignation.

Rappelons à ce propos qu'au moment où AMIEL recevait de la part de PHILINE les marques d'amour, de tendresse et de dévouement les plus indéniables et les plus touchantes, celui-ci notait dans son Journal :

« J'en profite pour continuer tout doucement mes études de psychologie. »

Cette phrase lui a valu de la part de THIBAUDET, l'épithète de *vieux garçon arthritique du sentiment*.

A ce point de vue, nous voyons que les deux auteurs sont bien proches et que leur impitoyable introspection teintée d'un narcissisme outrageant les amène à en perdre toute sentimentalité, ne leur laissant qu'une sensiblerie surtout orientée sur leur Moi et tout ce qui s'y rapporte.

« Il est certain état que j'éprouve trop souvent des moments où absolument incapable de penser, dégoûté de tout, impatienté de tout, voulant agir sans le pouvoir, la tête lourde, l'esprit nul, je suis modifié de la manière la plus désagréable. J'essaie pour m'en sortir de m'appliquer à diverses choses. Je passe d'un objet à un autre, mais tous mes efforts ne font que me rendre ma nullité plus sensible. » « Non seulement les idées abstraites ne peuvent s'arranger dans mon cerveau, mais encore il me semble que les objets sensibles ne peuvent plus faire leur impression. »

« Ce qui continue à rendre cet état *insouffrable*, c'est le souvenir d'un état plus parfait et l'opposition que je fais de ces deux manières d'être si opposées. »

« Je ne conçois pas d'état plus désolant que de se trouver si fort au-dessous de soi-même. »

« Je préférerais, je crois, la douleur à cette situation d'anéantissement, car la douleur est toujours accompagnée du vif désir de s'en délivrer. Mais cet état semble *nous ôter toute espèce de sentiment*. »

« Que faire alors, s'amuser comme je fais maintenant à le décrire, en attendant qu'il passe et que la vie succède à la mort. »

Nous voyons donc qu'à côté des états de vide et de découragement, apparaissent des états beaucoup plus pénibles auxquels le néant est préférable. MAINE DE BIRAN écrit qu'il se dissout, qu'il n'est plus lui, qu'il n'est plus qu'un fantôme, une ombre, un somnambule.

C'est le moment du « collapsus » duquel il est impossible de sortir par l'effort.

« J'ai conscience de cet état et je m'agite vainement pour m'en sortir », et MAINE DE BIRAN de conclure : « Il n'y a qu'à le noter et le décrire en attendant qu'il passe ».

Ces états insouffrables, ces états désolants, cet anéantissement qui ôte toute espèce de sentiment, où les objets sensibles ne peuvent plus faire leur impression, ces états que la volonté et les efforts sont impuissants à modifier, ces états d'anéantissement plus tristes que le néant et auquel l'auteur préférerait la douleur, sont tout de même bien proches des états qui nous occupent et diffèrent par leur tonalité des simples sentiments de vide précités.

Si nous envisageons maintenant les troubles cénesthésiques de MAINE DE BIRAN, c'est pour montrer combien les états que nous venons de noter sont proches chez cet auteur des impressions vagues, intraduisibles, aussi cénesthésiques que psychologiques, d'angoisse, de vide, d'étrangeté.

Tout au long du « Journal », BIRAN se plaint de la « machine sensible », « la machine tressaute et gémit ».

« Il y a certainement une cause organique à ces dispositions constantes de tristesse et à cette obscurité intellectuelle. »

« Je sens habituellement mes misères, c'est-à-dire le mauvais état de la machine sensible qui incline le plus souvent à l'abattement et à la tristesse. Lorsque la machine se renouvelle accidentellement, il en résulte un sentiment immédiat de force et d'hilarité, mais tout ce qui tient à la machine ne dure pas et varie chaque jour avec mes dispositions. » (2)

On ne donne pas assez d'attention à ces phénomènes variables de la sensibilité intérieure qui ont leur cause dans le principe inconnu de la vie et non point dans l'activité de l'âme et du moi.

Et plus loin, rapprochant ces états intérieurs des dispositions psychologiques, MAINE DE BIRAN écrit :

« Dans certains états nerveux, il n'y a pas de souffrance dans aucune partie déterminée du corps et cependant l'âme souffre, elle est triste jusqu'à la mort par suite d'impressions qui ne viennent que du corps. »

Nous avons cherché à noter dans ce chapitre consacré à ce « psychasthénique officiel » qu'est MAINE DE BIRAN, l'existence d'états semblables à ceux qui nous occupent, ils en revêtent les mêmes caractères d'angoisse, d'étrangeté, d'incoercibilité. Ces états, chez le grand psychologue qu'est MAINE DE BIRAN, sont particulièrement intéressants par les rapports étroits qu'ils ont avec les sentiments de vide ou de fadeur typiquement psychasthéniques et un mécanisme d'auto-analyse porté à son paroxysme de systématisation, enfin intéressant également dans ses rapports avec les troubles cénesthésiques.

(2) Nous n'insisterons pas sur les petits détails que l'auteur ne ménage pas sur le dysfonctionnement de son estomac, foie, intestin, sur ses gripes, etc., enfin sur toutes les modifications que créent sur son état les variations atmosphériques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

P. S..., fils d'un géomètre, est né dans un chef-lieu de canton de province et est élevé par ses parents.

A l'âge de huit ans, il perd sa mère à la suite de l'opération d'un fibrome. L'année suivante, au début de l'été, il se plaint d'avoir « des idées noires ».

Le soir, il a une sensation étrange et angoissante de transformation du monde extérieur, ne s'endort qu'en donnant la main à sa grand-mère qui couche dans un lit voisin. Il éprouve de l'anxiété. Il fait preuve d'hypocondrie.

Le médecin de famille le rassure. Un séjour au bord de la mer vient à bout de cet état dépressif qui a duré plusieurs mois. Il contracte une coqueluche qui, compliquée de broncho-pneumonie, met un moment ses jours en danger.

A l'âge de treize ans, il perd son père d'une hémorragie cérébrale. L'hiver suivant, il prend part à un dîner réunissant sa sœur, son beau-frère et le commis de celui-ci. En dépit d'une ambiance gaie, à la fin du repas il est pris brusquement d'un trouble étrange et angoissant. Il lui semble que son esprit s'est soudain embrumé et qu'une sorte d'écran transparent s'interpose entre lui et les autres convives. Il lui semble qu'il voit tout à coup la pièce et ses occupants d'une manière toute nouvelle. Il éprouve en même temps une sensation d'abrutissement incoercible, comme s'il était rendu groggy par un coup sur la tête. Il lui semble vivre un rêve à l'état de veille, mais il rêve malgré lui. Tout effort pour s'éveiller davantage reste vain et cette impuissance détermine une angoisse intense. Il se reconnaît toujours lui-même mais cesse de pouvoir appréhender le présent en fonction du passé. Une sorte de rideau s'est brusquement abaissé qui l'empêche d'évoquer le passé et d'enchaîner le présent au passé. C'est à la fois comme une sorte d'amnésie d'évocation subite et de demi-cécité psychique du présent.

Ce trouble lui donne l'impression d'une transformation définitive, d'un égarement définitif de l'esprit. A son maximum, son angoisse est très vive et il s'écrie à l'entourage : « Que se passe-t-il, je deviens fou ! » Pourtant ses traits ne sont pas altérés. L'entourage ne constate aucune modification du facies, du teint. Le trouble n'est nullement apparent et n'est connu de l'entourage que par la révélation faite par le malade et par son affolement. L'entourage croit à un épisode congestif attribué à la chaleur élevée de la pièce, bien qu'il ne soit nullement congestionné. Rappelons qu'il a treize ans.

Pendant toute l'année scolaire, un surmenage intellectuel lui ayant été imposé par un professeur sévère, à la fin de l'année scolaire il éprouve à nouveau des troubles. Il s'agit surtout de vertiges qu'il croit être la conséquence d'une véritable entorse du cou au cours d'un match de rugby. D'abord épisodiques, ceux-ci deviennent presque permanents. Il ne s'agit pas d'étourdissements, mais de la sensation d'un abîme s'ouvrant subitement devant lui et l'attirant, ou aussi de crainte d'étourdissement avec tendance à la production d'un étourdissement par auto-suggestibilité. Des phobies s'installent. Pensionnaire, il redoute le dortoir sis au quatrième étage, d'où la vue des fenêtres lui donne une sensation vertigineuse. Sur le terrain de sport, il redoute de s'allonger sur le dos, la face tournée vers le ciel, sans oreiller relevant la tête.

Sa famille, impressionnée par ses plaintes, le retire du collège un mois avant la fin de l'année scolaire pour lui permettre de se reposer. Il est alors âgé de quatorze ans. Le médecin de famille croit à une crise pubérale. Hyperémotivité et mouvements choréiformes sont remarqués chez lui.

Pendant ses grandes vacances, la guerre de 1914 éclate. À l'approche de l'ennemi, il accompagne ses grands-parents qui se réfugient dans une grande ville du centre de la France. Il fait de bonnes études dans le lycée de cette ville. Il accomplit son service militaire dans l'artillerie, dans un fort de la banlieue parisienne. Ensuite, il accomplit à Paris des études supérieures. Peut-être par suite de la fatigue que lui procurent ses études et la vie d'étudiant parisien, à l'âge de vingt-deux ans, les troubles réapparaissent. Tendance dépressive pendant près d'une année, reproduction épisodique, à intervalles irréguliers, à la suite de surmenage intellectuel ou de fatigue, ou de contrariété, ou d'une forte émotion, de la crise initiale de déréalisation et d'anxiété vécue à l'âge de treize ans. Comme on peut le supposer, ces troubles sont mal compris de l'entourage. On se demande si l'oxyde de carbone n'est pas en cause, une cheminée traversant le mur de sa chambre. Un médecin croit à un épisode confusionnel dû à la fatigue. Ce trouble détermine presque à chaque fois une angoisse très vive. Il suscite un mouvement de révolte, un désir effréné de réaction et de récupération, mais la constatation de l'impuissance à retrouver immédiatement le passé et à apercevoir le présent sous son véritable jour, sous un aspect réel, solide, familial et rassurant, aggrave l'angoisse. Ces troubles ne durent jamais moins d'un quart d'heure et parfois dépassent une demi-heure. Ils ont un début assez brusque. Mais c'est lentement et progressivement que le malade peut renouer avec le passé, établir tous les rapports utiles du point de vue de sa personnalité et du point de vue vital entre le présent et le passé.

À noter qu'au cours des crises, le décor apparaît irréel, bizarre, étrange, beaucoup plus que les personnes. Le trouble de la perception concerne beaucoup plus l'inanimé que l'animé. Le degré n'atteint pas le degré d'irréalité du rêve, mais à certains moments, il est quelque peu évanescent.

Cependant le malade peut accomplir de bonnes études supérieures malgré ces troubles. À chaque fois, il se demande s'il lui sera possible de percevoir à nouveau le monde extérieur, comme auparavant, s'il ne devra pas vivre une vie psychique nouvelle, vie restreinte, déformée, dominée par une inquiétude inhibante, paralysante, au cours de laquelle il ne percevra que de faibles lueurs de la réalité.

Tout au contraire, quand il est sorti de cet état, il se permet d'espérer qu'il ne se reproduira pas. Ces lacunes de la vie psychique ne sont pas incompatibles avec une vie sociale normale. Au paroxysme de l'angoisse causée par ces crises, si tout effort intellectuel pour « se raccrocher », reste vain, toute tentative d'évocation d'une possibilité agréable ou pénible, d'un motif suffisant d'alarme ou de réjouissance semble vicariante, facilitant le rétablissement.

Après l'achèvement de ses études, le malade devient, dans une ville de province, un fonctionnaire d'un rang assez élevé. A la suite de la fatigue d'un concours et d'une poussée de furonculose, alors qu'il est âgé de trente-deux ans, il traverse une phase de dépression avec phobie de l'immobilité et de la stabilité. Il doit lutter contre lui-même pour demeurer à son bureau aussi longtemps qu'il est nécessaire. Cette lutte est angoissante. Notre malade est l'agent d'une administration. Ses troubles échappent totalement à ses supérieurs hiérarchiques et souvent même à sa femme. Ils suscitent des idées de suicide, sans plus, à certains moments.

Ce fonctionnaire change de poste à la veille de la guerre. Il n'est pas appelé sous les drapeaux, du fait d'une affectation spéciale. Mais du fait de la guerre, il voit son labeur et ses responsabilités s'accroître. A l'âge de quarante ans, il est repris de vertiges. Ceux-ci ne tardent pas à augmenter de fréquence et de durée. Par l'évocation de véritables étourdissements et par auto-suggestibilité, il entretient un état vertigineux qui devient quasi permanent, contrarie son activité, sans cependant l'empêcher, et nuit à une vie sociale normale. Le diagnostic de vertiges labyrinthiques est écartée par un spécialiste O.R.L. Le diagnostic de tumeur cérébrale est également éliminé.

Au bout de quelques mois, une amélioration très nette survient dans son état. Depuis, le malade a parfois de véritables étourdissements, mais beaucoup plus souvent des états vertigineux passagers.

Depuis l'âge de trente ans, jusqu'à l'âge de quarante ans environ, le malade a eu à nouveau des crises angoissantes de « rêve éveillé » forcé et conscient et de dépaysement, au rythme de une à trois crises par an. Il lui est arrivé d'en avoir après un réveil brusque la nuit. Devant l'angoisse, il cherchait alors vivement à se rendormir.

A cette période de sa vie, il y a donc eu une intrication des vertiges et des troubles de la perception du monde extérieur épisodiques et angoissants.

Par ailleurs, de véritables obsessions et des phobies typiques n'étaient pas relevées chez lui, mais une propension aux idées obsédantes, aux petites manies, une méticulosité jugée excessive par l'entourage, la réflexion poussée jusqu'à l'incertitude et l'indécision signaient un état psychasthénique constitutionnel.

OBSERVATION N° 2

Jean-Marie B... est né le 20 novembre 1906 au Mans (Sarthe).

Au cours de son service militaire, il est atteint successivement des oreillons, de la rubéole, et, en mars 1928, de la scarlatine. Par suite, il présente des troubles nerveux. Il a l'impression de ne plus reconnaître les lieux.

Un billet d'hôpital du 26 avril 1928 indiquait : « Asthénie nerveuse et psychique des suites de scarlatine ».

Il est mis en observation à l'hôpital Villemin. Le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE aurait conclu à l'hyperémotivité et à des crises hystériques.

B... décrit ainsi le début de ses troubles :

Etant militaire en Allemagne, en 1928, il allait coucher par terre, sur un matelas. C'était en janvier et il faisait froid.

« Quand j'ai voulu bouger ma tête, dit-il, c'était comme du plomb, tout tournait, j'ai voulu me lever et je suis retombé, ma tête était lourde et elle retombait sur le sol. J'ai vomi un peu de bile. »

Vingt à vingt-cinq soldats couchaient dans cette chambrée qui était chauffée par deux poêles, un à chaque bout. A la suite de ce malaise, il s'est présenté à l'infirmerie, mais il n'a pas été « reconnu ». On le conserve cependant en observation dans cette infirmerie, car il avait un état vertigineux persistant. Il n'a pas de fièvre. Pendant environ deux mois, il a de l'anorexie et des nausées fréquentes. Il éprouvait de la fatigue mentale et sa mémoire disparaissait. Il déclare : « Je ne pouvais plus penser avec autant de puissance ». L'évocation était pénible. Il faisait preuve d'étourderie. A ce moment, il est atteint de scarlatine.

Se promenant un jour dans un couloir, il s'est brusquement senti « perdu » et aurait eu une angoisse indicible. Il aurait sauté au cou de l'infirmier.

Pendant une quinzaine de jours, il voit les choses autour de lui comme dans un demi-rêve. Il a l'impression de partir dans l'autre monde. Il a des crises d'angoisse. Il était découragé.

En 1941, il se remet au travail et il guérit progressivement par alternatives d'amélioration et de rechutes.

Pendant six ans, il ne présente aucun trouble. Il se croyait guéri. Il se marie le 29 juillet 1933. Cependant en juin 1936, il fait une rechute grave. Il a des ennuis dans son métier. Il travaille dans une fonderie à Chantereine. Son contremaître lui donne trop de travail. Il ne l'aime pas parce qu'il sort d'une école professionnelle. Il souffre « de partout ». Le soir, il a des illusions visuelles avec des angoisses. Ses troubles sont « des choses comme des rêves ». Il donne comme impression principale celle d'être perdu et dépaycé et d'avoir une grande difficulté de l'attention. Il « recommence à penser à son mal ». Il est « démoralisé ». Il ressent des douleurs dans la nuque.

En juillet 1936, les crises nerveuses réapparaissent et se présentent comme des crises névropathiques simples. Il tombe par terre et se débat en criant. Il est forcé de crier. Il se roule par terre et pleure. Il prétend ne pas se rappeler ce qui s'est passé. Il n'y a pas d'énurésie, ni de morsure de la langue. Il se sent très fatigué. A certains moments, il part, dit-il, dans l'irréel, ce qui détermine une angoisse vive. Il est découragé, triste et a des crises de larmes.

Il éprouve une sensation de dépersonnalisation de plus en plus nette. Il arrête son travail et est soigné par le Docteur BOREL. Il est isolé à l'hôpital Bichat pour une crise d'agitation anxieuse.

En juillet 1937, il fait aussi un séjour de trois semaines à l'hôpital Henri-Rous-selle. L'attitude de sa femme qui, le croyant mentalement perdu, envisage d'orga-niser sa vie avec un autre, aggrave sa dépression.

Son état s'aggravant, il est nécessaire de l'interner à l'hôpital psychiatrique le Clermont le 4 janvier 1938. Le certificat immédiat du Docteur BRIAU est ainsi conçu :

« Syndrome psychasthénique avec dépression, subanxiété, tendances à l'obses-sion. Impression de modification de sa propre personnalité et du milieu extérieur qu'il perçoit à travers une sorte de brouillard, de voile déformant. Sensation d'im-puissance psychique et motrice. Réactions d'énervement. Aurait présenté il y a six ans, des crises hystériformes à la fin de son service militaire. Tremblement léger. Exagération des réflexes tendineux. Céphalgies mobiles. Etat général médiocre. A observer. »

Jean-Marie B... éprouve une sensation de désorientation. Il a l'impression de ne plus être lui-même et de ne plus suivre le fil de ses idées. Il se plaint que sa mémoire est mauvaise et que sa volonté fuit. Il a l'impression qu'il nage dans le vague, les nuages, l'irréel. Sa sensation de dépersonnalisation est très pénible. Il se torture lui-même. Il se sent fortement déprimé. Il perd l'appétit et le sommeil. Il souffre de douleurs erratiques et bizarres dans la tête. Il présente un tremblement des doigts et de la langue. Sa langue est saburrale. Les réflexes tendineux sont très vifs.

Au bout d'un certain temps, un an environ, son état s'améliore. Le Docteur BRIAU propose un congé l'essai de un mois. Il écrit dans son certificat :

« Syndrome psychasthénique. Idées obsédantes d'impuissance physique et intel-lectuelle. Phobies. Inquiétudes paroxystiques. »

Cependant, B... déclare qu'il n'était pas amélioré et qu'il lui a été impossible de travailler jusqu'à la guerre, et jusqu'à l'évacuation. Pendant l'exode, il s'est senti beaucoup mieux, mais à son retour, il n'a pu reprendre son travail. Comme sa femme cesse de travailler, il est obligé d'accepter une place dans une usine en 1941.

Le 26 août 1941, le Docteur HYVERT constate une certaine anxiété qui entraîne un sentiment de vide dans la tête et une difficulté à fixer l'attention. Il n'y a pas de phobies, pas d'obsessions, pas d'anxiété diffuse. Le sommeil est léger. La lucidité et l'orientation sont très largement suffisantes. La mémoire n'est pas grossièrement troublée. Il a une attitude un peu affaissée. Il est maigre et un peu pâle. L'examen neurologique est négatif. Les épreuves d'équilibration provoquent une sorte de ver-tige statique atypique. Les réflexes tendineux sont un peu vifs.

A cette date, le Docteur HYVERT considère Jean-Marie B... comme un petit psychasthénique dont l'évolution semble arrêtée. Il remarque que c'est d'une manière stéréotypée qu'il parle de sensation de vide qu'il éprouve dans la tête. Il accomplit la besogne de noyadeur dans une usine de Compiègne.

En 1949, il perd une fille âgée de quatre ans, qui était atteinte de méningite tuberculeuse. En apprenant la gravité de la maladie de sa fille, dans la soirée, il a une crise nerveuse caractérisée surtout par des tremblements. Le lendemain, il a un véritable état second. Au bout de deux mois, il reprend son travail.

Par suite de l'apparition de nouveaux troubles, il cesse son travail, le 20 mai 1951. Il était très affecté par la perte de sa fille. Il était obsédé par une idée

de mort. Il avait l'impression d'avoir perdu le contrôle de lui-même. Il avait encore une sensation de dépaysement. Il ne pouvait plus « rattraper » la suite de ses idées. Il avait des crises de larmes.

Le 26 décembre 1951, il est à nouveau interné à l'hôpital psychiatrique de Clermont. Il est fatigué et déprimé. Il appréhende les traitements que son état pourrait nécessiter.

Il déclare qu'une sensation de dépersonnalisation l'empêche de se fixer à aucun travail.

Par suite d'un manque d'attention, dit-il, un écran s'interpose entre l'objet de son travail et lui-même. Les choses lui paraissent étranges. Il se sent dépaycé.

Par périodes, il a l'impression d'un dédoublement. Il n'est plus lui-même. Il n'a plus aucune confiance en lui. Il a l'impression d'accomplir son travail comme un automate.

Ce fréquent sentiment d'étrangeté, de dépaysement, détermine la conscience d'un état morbide et des crises de larmes.

A certains moments, il a l'impression de ne plus être dans la réalité et alors il se crispe. Il connaît des moments de découragement. Quand il a l'impression de vivre dans une ambiance de vague, s'il fixe le décor, il lui semble voir quelque chose qui n'existe pas. Ces phénomènes sont angoissants. Chez lui, il ne se retrouve pas et pourtant, dit-il, rien n'est changé. En pareil cas, il a la sensation d'être à un point mort, ne se rendant plus compte de la valeur du temps. Cependant il reste bien orienté et conserve son auto-critique.

Le matin est le plus mauvais moment pour lui ; il voit les choses sous un autre jour et comme à la suite d'une cassure ; il a l'impression de se trouver dans un autre monde. Son dépaysement est total. Il croit qu'il est en train de devenir fou. C'est comme s'il accomplissait un voyage qui le conduirait à un gouffre. Il cherche à se retrouver. Ces gestes sont automatiques. Il ne se sent plus lui-même. Il ne dirige plus ses idées. Il a l'impression de ne plus vivre chez lui, tout en étant dans sa maison. Alors son anxiété est intense. Il est complètement affaibli. En pareil cas, il ne tient pas à rester au lit ; s'il ne s'occupe pas, cela est pire. Il redoute la solitude. Il lui est arrivé de faire une randonnée en vélo pour tâcher de « renouer ». Mais il ne peut associer ses idées et plus il cherche, moins il trouve. Bien qu'il ait déjà guéri une fois, il est « tracassé » à l'idée de « s'enfoncer » définitivement.

A certains moments, il a des états vertigineux. Son foie fonctionne mal et il maigrit.

Le 13 février 1952, à 11 heures du matin, il déclare que c'est l'heure habituelle de ses troubles. Il se sent dépersonnalisé. L'extérieur n'a plus sa valeur. Il lui semble impossible à « réaliser ». Il ne peut plus enchaîner ses idées. C'est extrêmement pénible. Il cherche toujours à réaliser mais il ne peut pas. C'est comme si il était transporté dans un monde de rêves. Il se croit mentalement perdu. Il a peur de devenir fou. Son angoisse est intense. Sa physionomie s'altère. C'est « terrible », dit-il, et il se met à pleurer.

Son état mental s'étant amélioré et surtout par l'ergothérapie, il sort de l'hôpital psychiatrique de Clermont le 22 mars 1952.

Après sa sortie, il ne parvient pas à retrouver du travail et bientôt, il est repris par les mêmes troubles. Il a toujours l'impression de ne plus voir aussi à certains moments les choses à leur réalité. Il se plaint de troubles cénesthésiques. Il a des préoccupations hypocondriaques obsédantes. Il déclare : « Ça gonfle dans les tempes depuis peu et ça saute, ça pousse le fond de l'oreille et ça me fait contracter la mâchoire... »

Il se plaint encore de sifflements d'oreille avec des craquements derrière la tête, comme si on lui « débouchait » le rachisme.

Le 25 janvier 1953, il écrit à un médecin psychiatre

« Je pense toujours à vous, tous les jours, comme un noyé à une bouée de sauvetage qui cherche à se raccrocher. Pas moyen de réaliser. »

Il est interné à nouveau à l'hôpital psychiatrique de Clermont le 21 février 1953.

Dans son certificat immédiat, le Docteur LETAILLER relate qu'il présente un état psychasthénique grave, avec impressions pénibles de vide du cerveau, de difficultés de concentration de la pensée et de la réalisation des synthèses mentales. Evocation des souvenirs laborieuse. Auto-analyses et ruminations moroses sur son cas, sentiment angoissant de dépersonnalisation et d'étrangeté de l'ambiance. Préoccupations hypocondriaques obsédantes, pessimisme et désespérance, asthénie et fatigue à rythme paradoxal, aboulie et découragement, poussées anxieuses avec réactions neuro-végétatives. Etat général satisfaisant, dystonie neuro-végétative, pupilles égales et réagissant bien. Réflexes ostéo-tendineux très vifs. Tension artérielle : 12,5-8, pouls régulier, paumes humides. A observer.

Le 5 mars 1953, il écrit à sa femme :

« Ça ne va pas du tout, je ne reconnais plus rien, je délire. Je ne sais si je vais aller bien loin comme cela, je n'ai plus la force de souffrir ainsi. J'ai beau regarder les photos, rien à faire, je ne reconnais plus. Quelle horrible chose, si seulement je pouvais me reconnaître. Je vois bien que mon état "s'aggrave". »

Le 13 mars suivant, il est écrit dans un certificat de situation que B... est atteint de psychasthénie grave avec affaiblissement de la perception. Evocation laborieuse des souvenirs, élaboration intellectuelle pénible, sentiment angoissant de dépersonnalisation et d'étrangeté de l'ambiance, préoccupations hypocondriaques obsédantes, dépression mélancolique secondaire avec anxiété, asthénie, fatigabilité, apathie, inactivité.

Le 25 juin 1953, il déclare :

« C'est toujours à peu près le même tabac... Je cherche où je suis et je ne peux pas me raccrocher, je suis comme un vaisseau perdu, tout me semble étrange. Je suis comme un homme égaré, mais il faudra une fin à ce truc-là. »

Il s'occupe maintenant à quelques menus travaux d'entretien à l'intérieur de son pavillon, mais il est très indolent, souvent prostré, annonçant qu'il est « perdu » et pour le travail, il doit être stimulé.

Un traitement par la strychnine, du Syncortyl, du Stérandryl 25, du phosphate de chaux et du Vitascorbol 500 a produit une nette amélioration, mais l'ergothérapie a aussi nettement favorisé cette amélioration.

OBSERVATION N° 3

Le malade, âgé de vingt-sept ans, est entré dans le Service en mars 1953.

Les certificats le concernant évoquent toujours un « état psychopathique atypique », les sentiments de bizarrerie et d'étrangeté, de transformation du monde extérieur y sont toujours signalés.

Il a été traité à deux reprises dans des maisons de santé privées, puis à Ville-Evrard. Les observations parlent d'oligophrénie, de schizoïde, d'éléments schizophréniques légers, de comitialité fruste, de bouffée délirante polymorphe.

Le certificat de quinzaine du Docteur POTTIER définit son état en ces termes :

« Déséquilibre mental, hyperémotivité, bégaiement, asthénie intellectuelle avec obtusion, obsessions, suggestibilité, impulsivité et hypocondrie. »

Ce certificat n'évoque donc *a priori* ni la schizophrénie, ni la comitialité.

Depuis quatre ans qu'il est traité tour à tour dans des maisons de santé privées et hôpitaux psychiatriques, le seul symptôme fixe continu, non évolutif du reste, sont ces états d'étrangeté et de dépaysement et des impressions angoissantes de modification du monde extérieur.

Dans le Service, il n'a absolument pas le comportement d'un schizophrène. Bien que dominé par une intense asthénie, il fait preuve d'un bon contact affectif, se montre correct, serviable, au besoin ; il converse avec ses voisins et avec les infirmiers.

Il déclare souvent que tout est bizarre, « changé ». Le décor est tout drôle, les arbres n'ont plus la même couleur, c'est comme des troubles dans la vue, ça dure quelques minutes, puis cela s'en va, c'est comme une vision, ce n'est pas agréable, c'est comme un brouillard.

« Je m'en vais d'un drôle de côté, si je ne me retenais pas, je serais perdu, je sens que je m'en vais. »

Ça commence par une idée toute petite comme un fil... Puis ça devient énorme, elle s'agrandit tout d'un coup. Si je me laissais aller, je serais complètement perdu. Je sens que je change, c'est plus fort que moi avec ce qui m'arrive, ma figure se crispe et se déforme, si je ne résistais pas, je serais complètement défiguré. Je sens que je deviens drôle. »

« C'est comme les choses, l'armoire, le bureau, tout cela n'a plus son genre habituel comme autrefois. Je sais bien à quoi ça sert, ce que c'est une chaise, mais je ne trouve plus le genre sur les choses. Ça me paraît loin et séparé de moi. »

Le malade souffre intensément de ses états. Il a peur de devenir « malade ». Il essaie de s'expliquer près des infirmiers, près du médecin, il demande qu'on le soigne, qu'on le secoure.

Par moments, il est très angoissé, les visites de sa famille sont l'occasion de fortes réactions affectives car il craint un jour de ne plus les reconnaître.

Nous reproduisons ici le texte d'une des lettres écrites à sa mère, et lorsque l'on a la notion d'une évolution datant de cinq ans, les termes paraîtront bien loin de la tonalité du schizoïde.

« Pauvre petite mère. Je suis à la fin de mon rouleau. Je suis bien désolé pour toi de voir d'ici peu couler encore de chaudes larmes pour ton fils que tu aimes du fond de ton âme, car tu sais, maman, je ne peux plus durer comme cela. Je souffre de trop et alors de ma maladie. Je vais devenir un garçon que vous viendrez voir et qui ne pourra plus se faire la joie de vous causer, qui aura perdu la raison complètement, qui vivra dans un autre royaume. »

« Quand je pense comme je vais devenir, je me mets à pleurer car je pense à toi, pauvre maman. »

« Tu as eu pourtant assez de mal à nous élever, moi et ma sœur, et tu aurais eu belle de finir ta vieillesse tranquille. Tu as encore le souci de ton pauvre garçon qui ne va pas du tout, car je sais, maman, que tu n'as pas eu de beaux jours, car il y a toujours eu quelque chose qui n'allait pas à la maison. »

« J'ai beau dire que je veux rester naturel, je ne peux plus, il faudra aller dans le désert où les nerfs me conduiront, le désert veut dire forcément qu'à partir de ce moment-là plus rien ne comptera pour moi, qu'il me sera impossible de reconnaître. Rien : pour moi, une maison sera une ombre devant moi et tout obstacle qui se présentera devant moi sera pareil. Je serais, maman, comme une personne perdue l'hiver dans le brouillard et qui ne retrouve pas sa maman. Tu viendras me voir, maman, ainsi que mes frères et sœurs et papa. Je vous verrai, mais pour moi, pauvre petite mère, vous ne serez que des gens indifférents et inconnus. »

« C'est bien triste pour moi. Je suis à bout de souffrance. »

L'angoisse de notre malade est intense, elle se traduit dans son attitude, dans ses fréquentes interventions près du personnel médical pour qu'on « fasse quelque chose ».

Lorsque ces états d'étrangeté le saisissent, il a tendance à s'isoler, assis la tête dans les mains il lutte, il essaie en vain « de se retrouver ».

« Si je me laisse aller, je suis foutu, ce sera la fin. »

« Je serais perdu dans un monde que je connais plus, où il n'y a plus rien de réel. Il n'y a rien de plus pénible que cela. Il faut mieux ne pas vivre. »

En bon psychasthénique, il oppose à ces phénomènes un mécanisme essentiellement intellectuel, grâce auquel il espère déjouer, dominer ces états angoissants.

Les thérapeutiques de choc n'ont apporté aucune amélioration et nous avons peine à croire que si ce malade était un futur schizophrène ou un futur délirant, les états observés aient pu garder depuis tant d'années cette stabilité, ces caractères si particuliers d'angoisse, d'auto-analyse, d'auto-critique, que nous définirons par la suite.

En dehors de ces états angoissants de dépaysement, le malade présente un comportement sensiblement normal. Nous n'observons chez lui ni l'apathie, ni l'indifférence, ni l'inactivité propre aux schizophrènes.

OBSERVATION N° 4

Robert G... est âgé de trente-huit ans, célibataire, dernier de quatre enfants, tous bien portants. Son père et sa mère sont décédés.

Notre malade paraît en parfaite santé, aussi bien physique que morale. C'est un solide gaillard, de type pycnique, qui paraîtrait presque euphorique, bien qu'il se plaigne d'être toujours « fatigué » et souvent triste. Ses troubles remontent, paraît-il, à l'enfance, mais le malade n'a consulté pour la première fois qu'en fin 1945 et depuis de façon très épisodique et irrégulière.

Il a toujours eu un comportement normal et son activité professionnelle et sociale n'a jamais été troublée. Il a été amené à deux reprises à demander un congé d'une quinzaine de jours en raison de l'aggravation des symptômes.

« Je suis parti à la montagne, et puis sur la Côte-d'Azur ; il fallait que je me change les idées et que je me crève physiquement, sinon je serai devenu cinglé. »

Les troubles, remarquablement fixes et peu évolutifs, ne varient que par leur plus ou moins grande fréquence et c'est cette aggravation de fréquence et non de l'intensité qui a amené le malade à consulter en 1945.

Il s'exprime spontanément de façon imaginée et presque élégante, en intellectuel rompu à l'introspection. De prime abord, nous voyons chez lui l'importance du côté analytique.

Notre malade a même ébauché une sorte de journal intime qu'il détruisait périodiquement.

« Je ne me prenais pas au sérieux, mais de raconter ce que je ressentais, en fouillant les détails et les comparaisons, c'était bien souvent le meilleur moyen d'en sortir. »

Notre malade ignore qu'un siècle et demi avant lui, MAINE DE BIRAN ne s'exprimait pas autrement.

Ses troubles remontent à la jeunesse. Le malade aurait ressenti des terreurs nocturnes, avec parfois des sensations cénesthésiques pénibles, bien proches de la cataplexie du réveil.

« C'était très pénible et j'avais parfois l'impression de n'être plus moi et de n'être plus sur terre, je me sentais tellement monstrueusement lourd, et puis même si je pensais aux choses que j'aimais le plus, ça ne me faisais plus rien, alors j'avais peur. »

« Ce qu'il y avait d'odieux, c'est que je n'en sortais pas comme je voulais, et plus je raisonnais, moins j'en sortais, alors j'essayais de faire le vide et de m'endormir, ou bien j'écrivais, ou encore, comme j'étais très pieux à l'époque, je priais, je regardais le ciel pendant des temps interminables et j'éprouvais de véritables extases... il faut dire que j'étais sursaturé d'une littérature mystique qui m'y aidait grandement. »

Le rythme de ces états est très variable ; il demeurait parfois plusieurs semaines sans les ressentir et, à d'autres périodes, la fréquence augmentait plusieurs fois par semaine ou même par jour.

Le malade fait remarquer que ces états n'avaient jamais lieu le matin, mais exclusivement le soir, et surtout dans les premières heures de la nuit. Il se réveillait alors, angoissé et immédiatement dominé par ce sentiment d'étrangeté qui, du reste, ne l'empêchait pas de pouvoir se rendormir lorsqu'il arrivait à « faire le vide ».

Les années passant, le malade mène une vie absolument normale, se livrant, lorsque les états d'étrangeté se font plus fréquents, à de petites manies d'ordre hygiénique (longues promenades ou douches juste avant le coucher, de façon à bien dormir).

Pendant cette même période, se caractérise un tableau léger de psychasthénie assez discret : aboulie, insécurité, hésitation, petites obsessions, etc.

Survient la guerre et avec elle l'occupation et la Résistance. Le malade, arrêté en 1943, est gardé pendant trois mois par les Allemands et ne doit son salut qu'au courageux silence de ses camarades. Il garde de cette période un sentiment de plénitude et d'intensité...

« Je n'ai jamais été aussi équilibrée qu'en taule... J'avais une espèce de sérénité et de tranquillité inexplicables. Je remontais des gars qui normalement auraient dû être bien plus costauds et gonflés que moi. »

Nous avons noté cet épisode parce que cet emprisonnement coïncide avec la cessation de tous phénomènes d'étrangeté pendant plusieurs mois.

Le malade connaîtra encore deux autres périodes de « rémission ».

Engagé après le débarquement, il ne connaîtra pas une seule fois ces états de dépaysement pendant les quatorze mois de vie militaire... « sauf une seule fois où j'avais pris une cuite maison ».

Enfin, en 1948, où notre malade a connu un épisode de vie affective et sexuelle intense...

« Même chose, dit-il, plus jamais de dépersonnalisation, j'étais bien trop sur terre et bien trop bien. »

Il semble intéressant de noter que les trois seules périodes de longue rémission aient juste coïncidé avec des périodes de vie intense et où le malade éprouve une sensation d'équilibre et d'harmonie.

En 1949, au lendemain d'une rupture qui fut un choc affectif, les phénomènes d'étrangeté réapparurent plus fréquents. Le malade se fit traiter tout en s'opposant irréductiblement à une cure psychanalytique. Les phénomènes ont donc gardé depuis plus de dix ans un remarquable caractère de stabilité.

C'est le plus souvent dans la soirée, quelquefois après le déjeuner de midi, une impression angoissante.

« ... D'être déshabité de toute la charge affective de mon Moi, de mes sentiments, souvenirs, etc. ; c'est d'une fadeur à faire vomir et en même temps terriblement angoissant. A chaque fois, je crois que je n'en sortirai pas, et chaque fois que c'est passé, je me dis que cela n'arrivera plus jamais avec la même intensité. »

« Il y a un moment où j'ai voulu soigner cela au « cognac » comme cela m'arrivait le plus souvent le soir chez moi... Je buvais sec. Mais c'était catastro-

pique, je pleurais comme une fontaine, j'écrivais des choses proprement incohérentes ou obscènes. Je devenais impulsif, je sortais et je faisais des tas d'excentricités. Heureusement pour moi, j'ai eu une crise de foie sérieuse et ça m'a obligé d'arrêter les frais. »

Cet élément nous paraît intéressant car il montre le besoin de réconfort, d'appui, de consolation (ici toxique) et cet exemple serait une preuve de plus, s'il en était besoin, de la fréquence de l'alcoolisme secondaire et de la prédisposition des psychasthéniques à recourir à ces « euphorisants faciles ».

« Je comprends la volupté du haschich et de l'opium, et des alcooliques », disait AMIEL.

Notre malade qui est un rien hypocondriaque, se fait soigner très irrégulièrement lorsque « cela va plus mal ». Le reste du temps, il jongle avec une de ces trop nombreuses pharmacies personnelles, où l'on voit toutes les gammes de sédatifs légers aux excitants amphétaminiques. Il les emploie d'une façon absolument désordonnée qui, du reste, ne semble avoir que peu d'influence sur son état.

En 1951, au cours d'une période plus aiguë où l'anxiété était plus marquée et une tendance obsessionnelle franche, une série de six électro-chocs faite en maison de santé privée s'est soldée par un échec total.

Actuellement, le malade, qui n'a pas consulté depuis plusieurs mois, mène une vie absolument normale, ses petites phobies et manies étant à peine plus marquées que celles habituelles à un célibataire de son âge.

OBSERVATION N° 5

M. L..., dix-neuf ans, deuxième d'une famille de six enfants. Père interné deux fois, nous ignorons pour quels troubles. Mère en bonne santé, très méritante, élevant courageusement ses six enfants, aidée de sa fille aînée, âgée de vingt-trois ans. Vu le dénouement de la famille, la mère s'est efforcée de placer la malade et une autre sœur de dix-huit ans. Pendant un an, elles ont travaillé à Paris, dans la même maison, puis elles ont regagné la province. Placées à nouveau à l'occasion de la saison estivale, l'automne 1953 les revoit à nouveau toutes deux placées à Paris dans la même maison.

M. L... est petite, brune, plutôt jolie. La première fois que nous la voyons, malgré l'heure avancée et le mauvais temps, elle porte d'énormes lunettes aux verres très sombres, et qu'elle n'enlèvera que sur notre demande et avec une certaine gêne.

M. L... fait remonter ses troubles à l'enfance avec une grosse aggravation au cours des dernières semaines.

Assez délicate de santé, moins vive que ses sœurs, elle a été souvent l'objet de la colère paternelle.

Son père, en effet, bien que ne l'ayant jamais battue, ne pouvait admettre qu'elle ne joue pas comme ses sœurs. La malade était très effrayée, fondait en

larmes et grimpait dans sa chambre où elle se demandait avec angoisse pourquoi elle n'était pas comme les autres (1).

Dès cette époque, en dehors de crises de larmes fréquentes, la malade note déjà :

« Parfois, j'étais tout étonnée... sans que je m'en rende compte, tout en travaillant, ça devenait tout drôle... les choses n'étaient plus comme avant. J'avais l'impression que je n'aimais plus mes frères et sœurs... Ma mère me semblait presque étrangère ; ça me paraissait drôle, drôle et puis j'avais peur que ça reste comme cela. »

« Je savais bien que c'était ridicule, que c'était une impression idiote, mais ça me rendait malheureuse, j'avais très peur que ça reste comme cela. »

« Plus j'essayais de retrouver mes sentiments, plus je me forçais à être gentille et moins cela venait, et puis ça revenait tout doucement, sans que j'y pense et sans que je m'en rende compte. »

Dans ces cas, la malade craignait que cette anomalie ne se traduise dans son expression et son attitude, et elle n'avait qu'un désir, être seule, se cacher dans sa chambre « pour que l'on ne s'en rende pas compte ». Elle a présenté également des états de dépaysement et d'étrangeté en faisant des courses ou en promenant ses frères et sœurs.

« Quelquefois, j'avais l'impression que tout était devenu bizarre et étrange. Je savais pourtant que je connaissais bien les lieux, les patrons ou les vendeuses, mais tout cela me paraissait drôle, c'était pas pareil qu'avant... et alors j'avais peur que tous ils se rendent compte de ce qui m'arrivait, et j'avais envie de me sauver... »

La malade n'accuse aucun trouble d'automatisme mental, elle sait très bien qu'on « ne peut pas savoir sa pensée, ni deviner ses troubles », mais dit-elle, « je suis comme perdue, j'ai peur tout de même que cela se voit, et c'est pour cela que je porte des lunettes ».

« Un jour aussi, dit-elle, j'ai été sur la plage, un endroit que j'aime bien, où l'eau est toujours belle, mais ça m'a pris là aussi : ça me paraissait tout bizarre, la couleur de l'eau, le ciel, tout comme si j'avais été dans une autre planète. »

« Je sais bien que rien n'est changé, que c'est moi qui me fais des idées, mais ça me fait peur tout de même, et puis j'ai peur d'être comme papa, j'ai peur que ça commence comme ça. »

Pendant son premier séjour à Paris, la malade a ressenti ces troubles d'une façon plus intense que dans sa famille où ces épisodes étaient assez rares.

Concurremment, elle présente de nombreux signes de la série psychasthénique : c'est une obsédée qui a la manie des vérifications : elle regardera dix fois si le gaz est bien fermé, elle referra ses comptes inlassablement, craindra d'avoir mal

(1) Notons au passage, qu'AMIEL a connu de la part de son père cette même irritation et cette incompréhension.

préparé un plat ou retournera dix fois de suite dans la chambre des enfants pour être sûre de n'avoir pas laissé traîner une épingle de nourrice.

Eternellement « fatiguée » et affirmant sans cesse « sa bonne volonté », elle s'étudie continuellement, essaie de faire comprendre ce qui lui arrive.

Elle l'expose du reste avec le souci de la précision, du qualificatif exact, de l'image la plus suggestive, et toute cette phraséologie jamais satisfaisante propre au psychasthénique.

Elle ne présente aucun signe de la lignée mélancolique. Elle se sait « jolie, aussi capable de travailler et de tenir un ménage qu'une autre ».

Elle se rend compte de l'anomalie des phénomènes qu'elle éprouve, elle sait qu'ils sont purement subjectifs, elle demande à être soignée. « Qu'on me fasse n'importe quoi, des chocs, mais qu'on me guérisse. »

Actuellement, les troubles sont beaucoup plus accentués, certains facteurs viennent aggraver son état, elle est un peu humiliée d'être obligée de travailler comme « bonne » (2). Elle est employée dans un quartier central de la capitale.

Ses états d'étrangeté et de dépaysement se font de plus en plus nombreux et la saisissent un peu partout, dans la cuisine, dans le métro, dans la rue, surtout sur les grands boulevards.

Elle a l'impression de ne plus pouvoir cacher qu'elle est étrange, ou plus exactement que le monde lui semble étrange. Sa sœur a voulu la distraire, l'emmener danser... Elle a eu l'impression qu'on la regardait drôlement, tout en reconnaissant que c'était beaucoup plus une crainte qu'une réalité. Actuellement, l'insécurité, l'impression de ne pas faire convenablement son travail, la peur d'être remerciée, d'être séparée de sa sœur qu'elle n'a encore jamais quittée, tous ces sentiments viennent brouiller le tableau.

A la faveur d'un examen superficiel, on pourrait presque croire à de l'agoraphobie, ou des tendances interprétatives, alors que le diagnostic nous semble être une psychasthénie typique avec des états de dépaysement et d'étrangeté.

La famille de la malade étant hostile à l'hospitalisation à Paris et le sujet ne pouvant continuer à assurer son travail, elle a regagné la province où nous lui avons conseillé de consulter un spécialiste.

A notre grand regret, et malgré nos démarches, nous ignorons encore à la parution de cette thèse, l'évolution d'un cas qui nous intéressait tout particulièrement (3).

(2) Il convient de noter au passage que cette jeune fille, d'un milieu très modeste, avait rêvé de changer de cadre social ; elle fait certainement partie de ces jeunes intoxiquées par romans-feuilletons, le cinéma et la radio qui font souvent entrevoir d'impossibles et néfastes mirages à des gamines par trop sentimentales, imaginatives et quelque peu débiles.

(3) Nous n'accordons pas à cette dernière observation un caractère démonstratif particulier, car l'âge de la malade d'une part, et le défaut de recul, ne permettent guère de poser un diagnostic certain. Mais elle pose très exactement le problème inhérent au sujet de notre travail.

TROISIÈME PARTIE

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

La difficulté pratique des diagnostics des états d'étrangeté vient de leur origine commune dans des syndromes névrotiques et dans les psychoses de l'insuffisance de l'intégration dans la vie personnelle des sentiments et des sensations provenant de l'ambiance ou de la psychologie profonde du sujet. C'est la raison pour laquelle les descriptions des états d'étrangeté se trouvent décrits à l'occasion des syndromes bien dissemblables.

Nous avons limité dans l'introduction l'objet de ce travail et nous avons indiqué que les états que nous étudions ne sont ni des troubles de dépersonnalisation proprement dits, ni des troubles de déposition.

Nous ne reviendrons pas ici sur cette distinction et nous nous bornerons à différencier les états d'étrangeté tels que nous les concevons des états voisins, c'est-à-dire de la schizophrénie, de l'autisme mental, de l'hystérie et des états seconds comitiaux.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL AVEC LA SCHIZOPHRENIE

Henri Ey définit les psychonévroses obsessionnelles « des états de conscience incoercibles et pénibles contre l'importunité desquels le sujet lutte », l'incoercibilité, la lutte contre l'élément étranger qu'elle constitue, l'angoisse dont elle investit le sujet et la conscience du caractère morbide du trouble, sont, d'après l'auteur, les caractères des psychonévroses obsessionnelles.

Les états d'étrangeté et de dépaysement rentrent parfaitement dans ce cadre, cependant il se crée autour du terme « réalité » une certaine confusion.

« Pensée déréelle », « perte de contact avec le réel », « refus du réel », « perte de la notion du réel », « sentiment d'irréalité » sont des expressions traduisant des états bien distincts, mais difficiles à décrire très exactement et pour lesquels ce terme unique de réel indéfinissable lui-même peut être cause d'une certaine confusion et, en tous cas, d'une grande imprécision.

Nous avons vu dans l'historique comment MINKOWSKI s'était attaché à clarifier cette notion de « réalité du monde extérieur ».

Les états d'étrangeté et de dépaysement angoissants étant un trouble, une cassure dans l'équilibre harmonieux de l'être avec le monde extérieur, il y a donc trouble de la fonction du réel et, à ce titre, ces états posent un problème diagnostique avec différents états psychopathiques.

BLONDEL avait déjà parlé de chevauchement entre la perte de la fonction du réel et la perte de la notion du réel ou, en d'autres termes, entre les malades étudiés par BLEULER et ceux étudiés par JANET. Ce dernier avait du reste employé le terme de « démence psychasthénique » et il est bien certain que bon nombre de ses malades sont bien voisins de la « schizophrénie ». Obsession, doutes, scrupules, déficience de la volonté, fléchissement de l'activité et de l'affectivité, une certaine ambivalence leur sont parfois communs.

CLAUDE et LÉVY-VALENSI rapprochent également JANET et BLEULER.

BLEULER lui-même, dans ses derniers travaux, pense à la possibilité de deux états évolutifs différents d'une même entité nosologique. De très nombreux travaux ont été consacrés aux rapports de la schizophrénie et de la psychasthénie, et de plus, certains auteurs ont parlé « psychasthénie pré-schizophrénique », de formes pseudo-psychasthéniques de la D.P. et rangeraient sans hésiter les états qui nous occupent dans les psychonévroses prémonitoires de la schizophrénie. « Schizophrénie entendue sous des sens tellement différents, écrit le Professeur DELAY, qu'il n'est pas inutile de se remémorer à son sujet l'épisode de la tour de Babel. »

Malgré la similitude de certains états, la confusion de certains termes et la ressemblance de certaines expressions employées tour à tour par les psychasthéniques et les schizophrènes, nous allons tenter de distinguer les états qui nous occupent des états voisins à « parfum schizophrénique » pour employer l'expression de BLONDEL.

Le contexte clinique, la tonalité affective, la réaction du malade à l'égard de ces phénomènes, l'auto-critique et l'importance de l'auto-analyse, l'évolution enfin, sont très distincts.

Tous les malades dont nous avons rapporté les observations sont à des degrés plus ou moins marqués d'authentiques psychasthéniques : ils en présentent tous les caractères et, tout particulièrement, l'intense résonance affective.

Chez le schizophrène, il s'agit plutôt d'un jugement porté par l'observateur sur la non adaptation, la bizarrerie et l'étrangeté de la pensée. Le D.P. inspire un sentiment d'étrangeté, nos malades la vivent intimement, intensément, leurs troubles sont essentiellement subjectifs.

Les auteurs ayant rapproché la psychasthénie de la schizophrénie, sont tous d'accord pour insister sur le fait que chez les premiers la diminution du sens réel est l'amoindrissement d'une fonction toute extérieure, secondaire à la baisse de tension psychologique, mais avec intégrité du fond mental.

Le malade est conscient de la morbidité des phénomènes qu'il éprouve et il y réagit avec une forte angoisse. Cette défense, cette réaction peuvent être considérées comme normales.

Le psychasthénique garde son auto-critique, il juge ses symptômes d'une façon un peu analogue à celle du médecin.

M. DE MAPPIAN écrit qu'il y a un élément essentiellement normal chez ces malades : « Le "je" qui se plaint ».

Les choses sont bien différentes chez le schizophrène : il fait preuve d'une vague surprise pleine de passivité, « il constate » avec

différence. C'est ainsi que DUPOUY et PICHARD, dans un article sur l'anxiété dans la « Démence précoce », citent les propos d'un malade :

« J'admets ces angoisses comme un fait et n'ai par conséquent pas lieu de m'en inquiéter, aussi bien d'une manière immédiate qu'en ce qui concerne mon avenir. »

Il est important de noter que le sentiment d'angoisse et la lutte du malade contre l'envahissement de son psychisme par l'étrangeté diminuent parallèlement chez le schizophrène.

Ce qui semble bien prouver le côté hyperconscient dans le sens lutte, vigilance, du psychasthénique contrastant avec le fléchissement des résistances et l'indifférence du dément précoce. Le psychasthénique, au contraire, souffre de son état, en reconnaît le caractère pathologique et se montre à la fois spectateur et acteur de ses états d'étrangeté tout en étant inhibé par l'angoisse d'une part et aussi par l'inactivité.

Le schizophrène est déjà devenu un automate sous l'impulsion de sa vie intérieure et, déjà autistique, il reste indifférent aux conséquences de son activité morbide qu'il ne juge pas contraire à ce qu'il doit être.

Les réactions sont du reste bien différentes à l'égard des phénomènes ressentis.

Alors que le psychasthénique conserve un comportement presque normal, lui permettant le plus souvent une vie sociale, familiale possible, sinon intense (AMIEL), chez les schizophrènes, les réactions aux états angoissants d'étrangeté aboutiront le plus souvent à une attitude anormale.

Hallucinations, automatisme mental, interprétations, le malade « entre dans le système » (Mme SÉCHEHAYE).

Il fera preuve également d'agitation désordonnée, d'exclamations, de gémissements, de dépense motrice intense. Souvent ces états seront sanctionnés par une impulsion (DUPOUY et PICHARD).

L'anxiété se trouve « déformée » suivant l'expression de ces auteurs.

Parlant du schizophrène, HESNARD note qu'il y a une discordance entre l'intensité qualificative des phénomènes qu'il accuse avec le peu d'anxiété que celle-ci fait germer.

Il écrit : « La mentalité du psychasthénique est faite d'hyperémotivité anxieuse ; celle du pré-schizophrène est, quand on l'approfondit, marquée d'une indifférence acquise vis-à-vis des choses réelles ».

La tonalité affective est donc très différente et, partant, le « contact » du malade et son expression verbale.

Nous ne saurions mieux faire pour décrire cette nuance que de citer ce passage extrait d'un article de l'*Encéphale*, de CLAUDE et MICOUD (1) :

« En général, le psychasthénique a conscience de son trouble et sait qu'il est anormal, il a conscience de son individualité, d'une façon toute spéciale, et se sent différent des autres.

« Il perçoit aisément que ses propres actes ne sont pas accomplis avec la simplicité des actes d'autrui. Mais il perçoit aussi que dans son esprit existe une forme de pensée qui n'est pas dans la pensée de tout le monde, plus complexe, plus protéiforme, plus pénible, peut-être plus riche dans ses associations d'idées.

« L'expression même de sa pensée qui est rarement directe : entortillée, corrigée de périphrases et de propositions incidentes (PROUST) n'est pas celle de tout le monde.

« Dans la mesure où la modification de la pensée intérieure du schizophrène nous est perceptible, nous découvrons, non pas des processus psychologiques nouveaux, mais au contraire des difficultés, des empêchements aux processus psychologiques normaux.

« L'absence d'effort continu, la difficulté de convergence de la pensée, l'affaiblissement de la tonalité psychologique, le barrage, l'inhibition, l'absence de sélectivité et d'autonomie des idées, l'ambivalence, les stéréotypies, l'autisme sont les marques d'un empêchement à l'accroissement continu des idées au cours du temps, c'est-à-dire non pas d'une transformation essentielle de la mentalité, mais d'un arrêt dans l'accomplissement des activités psychiques qui existaient au préalable chez le malade.

« Chez le psychasthénique, l'activité pragmatique est profondément troublée, et même parfois annihilée, mais, fait important, le sujet en est nettement conscient, à l'inverse du schizophrène que ses stéréotypies ou ses actes anormaux laissent indifférent. »

Il ne se désagrège pas intérieurement, il ne se dissocie pas, ou pas encore, à ce stade, mais il dissocie ses actes « du réel ». Il vit désormais, non plus comme tout le monde, mais uniquement selon lui-même.

Tiré hors de ses obsessions, contraint, il fournit cependant des réponses intelligentes et adaptées, mais dès que cette contrainte cesse, il retombe dans son *pseudo-autisme obsédant*.

On pourrait presque parler de narcissisme intellectuel.

Son indifférence résignée, l'étrangeté de son comportement lui donnent parfois l'aspect d'un dément.

(1) Psychasthénie et schizophrénie, *Encéphale*, 1939-1940.

L'obsédé est un individu qui est obligé de penser à propos d'une chose tout ce qu'il peut penser au sujet de cette chose.

C'est avant la lettre la distinction entre les phénomènes de « dissolution » et du phénomène que l'on pourrait classer dans « l'angoisse vitale ou la thymopathie anxieuse ». Le psychasthénique angoissé cherche à se faire comprendre, jamais certain d'avoir su traduire correctement sa pensée et ses troubles, il est hyperconscient.

Il est hyperconscient justement dans le sens où l'entend le Professeur DELAY, de vigilance, de défense, d'attention à la vie ; alors que chez le schizophrène, par suite de la dissolution des synthèses mentales qui assurent l'adaptation au réel, on serait tenté de dire, pour mieux préciser : « l'attention à la vie », la pensée va devenir déréelle ou déréistique. Le Professeur DELAY écrit :

« Il se crée à l'esprit du schizophrène un mode d'organisation tout à fait particulier, comparable à celui du rêve, pensée purement subjective, déréalisée, investie de significations affectives inconscientes, ce mode d'organisation est l'autisme. »

Pour GALLOT, il manque au psychasthénique :

« La dissociation psychique, les troubles psycho-sensoriels, l'atteinte réelle de la mémoire, les idées délirantes, l'ambivalence et les phénomènes d'influence. »

Nous faisons quelques réserves en ce qui concerne l'ambivalence sur laquelle nous reviendrons.

Le psychasthénique est dominé et captivé par un métabolisme intérieur qu'il préfère aux joies et ennuis que lui apportent les événements.

L'exemple d'AMIEL est éloquent à ce sujet ; il en arrive peu à peu à une tonalité affective neutre et unique, pourtant bien distincte de celle du dément précoce. Le coefficient du réel va diminuant.

Vu sous cet angle et malgré l'apparente confusion des termes, il y a loin de la pensée autistique de MINKOWSKI au « pseudo-autisme obsédant » de CLAUDE, précédemment cité. Le psychasthénique est un individu qui se désadapte, mais sans affaiblissement intellectuel.

Enfin, l'évolution est bien différente. Les observations n^{os} 1 et 2 nous montrent des psychasthéniques âgés de quarante ans, sans que leur état soit sensiblement aggravé depuis des années. Ces malades, du reste, sont tout entier soumis aux faits extérieurs dont ils redoutent l'influence et les conséquences, l'imprévu les terrorise et les aggravations sont dues le plus souvent au retentissement exagéré d'événements extérieurs.

Pour le schizophrène, au contraire, le monde extérieur se trouve bien restreint et bien peu des événements survenant autour de lui peuvent le toucher.

Le problème est bien plus délicat chez les malades jeunes. On connaît le polymorphisme des formes de début de la démence précoce : de nombreux auteurs ont insisté sur ce sujet et il est incontestable que les états d'étrangeté, de dépaysement ne soient fréquents au début de la démence précoce et s'accompagnent d'angoisse.

GALLOT, dans sa thèse, parle d'une malade « qui sent les choses devenir étranges, inconnues, irréelles, vagues ». ALLUEZ et CAIN citent le cas de jeunes malades se présentant comme des psychasthéniques et dont ils ont pu constater toutes les phases d'une transformation symptomatique grave qui les a conduits à une psychose schizophrénique.

Les auteurs citent les propos d'un malade :

« Je ne me sens pas en contact avec les gens, je m'isole avec un plaisir qui devient un vice, avec un sentiment d'étrangeté et d'incertitude. »

Une jeune démente précoce du Service accusait au début de son internement des états angoissants. « Elle était perdue, ahurie, tout était transformé, bizarre, étrange, elle voyait les choses comme à travers un pain de glace. »

Nous pourrions multiplier les citations, mais l'exemple le plus valable nous semble être la belle étude de Mme SÉCHEFAYE : « Journal d'un schizophrène », dont le premier chapitre est justement intitulé : « Apparition des premiers sentiments d'irréalité ».

Renée (la malade de Mme SÉCHEFAYE) explique l'étrangeté, le dépaysement, l'irréalité et l'angoisse qu'elle ressentait. Nous nous bornerons à une seule citation particulièrement suggestive :

« Je vis subitement la salle devenir immense et comme éclairée d'une lumière trouble, électrique, qui ne donnait pas de vraies ombres. Tout était net, lisse, tendu à l'extrême : les chaises et les tables me parurent des maquettes posées çà et là. Les élèves et les maîtresses semblaient des marionnettes qui évoluaient sans raison, sans but. Je ne reconnaissais plus rien, plus personne.

« C'est comme si la réalité s'était diluée, évadée de tous ces objets et de ces gens. Une angoisse affreuse m'envahit et je cherchais éperdument un secours quelconque. J'écoutais les conversations, mais je ne saisisais pas la signification des paroles. Les voix me semblaient métalliques, sans timbre, ni chaleur. »

Mais ces états sont fugitifs, ils se transforment vite, se modifient, se déforment, ils sont amplifiés, orchestrés de toute une symptomatologie qui n'existe pas chez nos malades. Chez les schizophrènes, on ne peut en aucun cas retrouver les mêmes phénomènes, à l'état pur, sur une évolution un peu suivie. En aucun cas, ces phénomènes demeurent fixes et non modifiés, et jamais ils ne restent isolés et symptôme principal.

Dans la psychasthénie, on ne se trouve pas en face d'une affection occasionnelle, mais bien plus souvent devant un terrain congénital aux particularités neuro-psychiques données et bien souvent transmises d'une génération à l'autre.

« Le Journal d'un schizophrène » est justement très démonstratif dans l'évolution des sentiments d'étrangeté.

Déjà, dès le début, ils revêtent un caractère monstrueux que l'on ne trouve jamais chez les psychasthéniques.

Au cours des états d'étrangeté, Renée trouve que « tout le monde a une tête de corbeau, toute petite, posée sur sa tête ».

Le vent prend une signification inquiétante, déjà chargé d'un lourd symbolisme.

On note également chez Renée des impulsions motrices : autisme, pensée déréelle, impulsivité apparaissent déjà sous ces états d'étrangeté.

Nous ne pouvons faire dans le cadre de ce travail, une étude fouillée, qui serait cependant particulièrement intéressante, de l'ouvrage de Mme SÉCHEHAYE, mais les titres des chapitres sont à eux seuls bien significatifs quant à la rapide évolutivité :

« Je rentre dans le système. »

« Le système me donne des ordres et les choses se mettent à exister. »

« Le système s'affermir. »

« Je m'enfonce dans l'irréalité. »

et là les choses deviennent bien différentes. Renée déclare :

« Je souffrais moins de l'irréalité car je ne luttais plus contre elle. »

« Je vivais dans une atmosphère vide d'artificiel, d'indifférence. »

« Un mur invisible infranchissable me séparait du genre et des choses. » Etc., etc.

Nous sommes déjà dans la schizophrénie.

Il est bien évident que rien dans l'observation de notre malade M... L... ne nous permet d'infirmar *a priori* la possibilité d'une évolution schizophrénique.

Cependant, le début très lointain des phénomènes, leur peu de modification et leur faible évolutivité, l'excellent contact de la malade, sa parfaite auto-critique, l'intense tonalité affective qui accompagne les phénomènes morbides, le retentissement exagéré des faits extérieurs les plus menus, enfin tous les petits signes de psychasthénie coexistants, le besoin de se confier, d'être comprise, le désir d'être soignée, de guérir, nous font penser à poser le diagnostic chez une psychasthénique constitutionnelle, d'états angoissants d'étrangeté et de dépaysement, tels que nous les concevons.

Nous ne nous appuyerons cependant pas sur cette observation qu'il nous a paru intéressant de citer, mais à laquelle manque l'épreuve du temps et le critère de la non évolutivité.

En nous appuyant sur toutes les autres observations, y compris sur les cas d'AMIEL et de MAINE DE BIRAN, nous pensons que le contexte clinique : la tonalité affective propre, l'association de phénomènes psycho-sensoriels, l'absence d'idées délirantes, d'automatisme mental, de répercussions motrices, de transposition autistique, écarte ces phénomènes du cadre de la schizophrénie.

De même, la non transformation dans le temps, leur évolutivité pratiquement nulle permettent de distinguer nettement les états d'étrangeté qui nous occupent, des syndromes même pré-schizophréniques.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL AVEC L'EPILEPSIE

De nombreux auteurs ont effectué des rapprochements entre certains symptômes psychasthéniques et comitiaux. ESQUIROL, BALLET, HERPIN avaient déjà insisté sur les manifestations anxieuses et sur l'état de surprise et d'effroi qui peuvent accompagner la comitialité.

GRIESSINGER, LEGRAND DU SAULLE, MARINESCO et SÉRIEUX avaient également montré que certains syndromes d'émotivité morbide étaient proches de la comitialité.

FERRE insiste surtout sur le caractère spécial des sensations qui constituent les aura :

« Ce sont des sensations qui ne répondent que très rarement à des impressions réelles, ce sont le plus souvent des sensations étranges que le malade ne peut pas qualifier de façon exacte. »

NAGY et HASKOVEC avaient traité de la psychasthénie épileptique et des oscillations de la conscience chez les comitiaux.

JANET lui-même signale l'identité d'états crépusculaires et de crises d'anxiété dans la psychasthénie et l'épilepsie. Il écrit :

« Au moment où le malaise survient, elle avait une pensée quelconque en tête ou elle regardait un objet, immédiatement par le fait même de sa coïncidence avec le malaise, cette pensée change de caractère, elle devient douloureuse et obsédante. »

GUIRAUD signale les états d'étrangeté chez les épileptiques, en faisant remarquer que ces états ne sont pas toujours pénibles et peuvent s'accompagner d'une sorte d'exaltation du sentiment de l'être, une puissance surhumaine et une impression de dominer le temps...

(On pourrait presque parler d'états extatiques comitiaux... D'AMIEL à DOSTOÏEWSKI, il y aurait un rapprochement curieux et paradoxal à effectuer.)

Une étude de Nils ANTONI sur les épileptiques parle également de ces états.

Plus récemment, PAILLAS et SUBIRANA ont décrit dans l'*épilepsie temporale* des modifications paroxystiques de la conscience. Cet état de demi-rêve d'irréalité avait déjà été signalé par JACKSON en 1890, dans ce qu'il appelait la crise unciforme. Le Professeur LHERMITTE, en 1922, notait également les sentiments d'étrangeté dans l'hallucinoase pédonculaire. GUILLAUME, ROGER et THUREL reprennent l'étude de cette épilepsie qu'ils nomment « dite temporale ». Eux aussi parlent de ce sentiment d'étrangeté semblable à celui observé dans certaines diencéphalites.

Après une aura à titre de douleur, de sensation de déclic de la région occipitale, de serrement de la gorge, apparaît un état de demi-rêve, objets familiers et personnages connus deviennent étranges, bizarres. Les mots d'étrangeté, bizarrerie, dépaysement sont employés par les malades pour décrire cet état qui s'accompagne très rapidement d'angoisse puis de frayeur.

A l'encontre de nos malades, le phénomène est progressif, allant d'une impression de « mal reconnu » au dépaysement total et d'une vague perplexité à la frayeur atroce, telle qu'on peut la voir dans l'épilepsie insulaire. D'autre part, l'étrangeté n'est jamais pure dans les cas d'épilepsie temporale, elle s'accompagne d'une riche hallucinoase, paysages imaginaires, personnages inexistants, spectacles fantoches, hallucinations olfactives fréquentes, auditives et gustatives plus rares. Parfois, il y a vision panoramique ou illusion panoramique, le malade revivant en quelques minutes plusieurs années de sa vie écoulée.

Parfois, il croit exécuter certains actes et accomplit dans l'espace les gestes rituels du tailleur, de l'automobiliste ou du pianiste, parfois il injurie l'entourage. Enfin, caractère essentiel : revenu à l'état normal, il ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé (1).

Le diagnostic peut cependant se poser dans certaines formes parcellaires, sortes d'équivalents d'épilepsie temporale. Les caractères sur lesquels nous venons d'insister permettent de les différencier de nos psychasthéniques et, au surplus, l'électro-encéphalogramme toujours normal de nos malades trancherait le doute.

Enfin, la thèse du Docteur SCHMIDT (2) (« Conscience et convulsions psychiques au cours d'états épileptiques ») nous a semblé particulièrement intéressante.

(1) BLANCHET a particulièrement étudié ces états et l'influence de certains facteurs psychiques déterminants, d'où le nom qu'il leur a attribué de phénomènes para et hypothalamiques (parahystérique ou parapithiatique).

(2) Le Docteur SCHMIDT a également écrit un article sur « La dépersonnalisation et les limites du Moi » (A.M.P., 1952).

Les sentiments d'étrange, d'insolite, de jamais vu et d'anxiété éprouvés par certains comitiaux permettent évidemment un large rapprochement.

De plus, le côté incoercible, insurmontable des états, l'angoisse qu'ils créent, et peut-être surtout l'élément de défense, de lutte contre cet envahissement insolite, tout comme la lutte de l'épileptique qui « médite sa crise » permettent de rapprocher les états de dépaysement de la psychasthénie et de l'épilepsie.

Les aura épileptiques portent sur l'état affectif, le sentiment d'anxiété est immotivé. Ces aura perturbent la conscience représentative, il y a modification de l'idéation, du mécanisme d'évocation des souvenirs et du tonus affectif.

Le Moi est menacé dans la conscience qu'il peut prendre de lui-même et certains états vécus lui paraissent bizarres et étranges. « Des coulées de subjectivité viennent recouvrir le monde des représentations », écrit le Docteur SCHMIDT qui cite également les expressions de LÉON DE WALLE : « Frange d'étrangeté douloureuse et introspection involontaire ».

Cette notion « d'introspection involontaire » nous paraît particulièrement importante, car nous avons vu l'importance que nous lui attachions. Etudiant tout particulièrement l'œuvre de DOSTOÏEWSKI, le Docteur SCHMIDT extrait du « Double » ce passage évocateur :

« Ai-je rêvé, se dit Monsieur Goliadkine, mais où suis-je ?... Eh, eh, conclut-il en hochant la tête. Il éprouve cependant un sentiment pénible d'inquiétude, il a même peur. Il regarde le lointain vague et de toute la force de ses yeux myopes, il cherche à percer devant lui l'atmosphère humide. Pourtant, rien de nouveau, rien de particulier ne se présente aux yeux de Monsieur Goliadkine, il semble que tout soit dans l'ordre. La neige tombe de plus en plus épaisse. On en voit rien à vingt pas. Le grincement des réverbères est plus plaintif encore, plus plaintive aussi la chanson du vent...

« Eh, eh, mais que se passe-t-il en moi ? répète Monsieur Goliadkine qui se remet en route et regarde encore autour de lui. Et voici qu'une sensation nouvelle s'insinue en Monsieur Goliadkine... ce n'est pas la peur. Un tremblement de fièvre court dans ses veines.

« *C'est une minute intolérable.* »

Cette « convulsion psychique » est bien proche par cette angoisse et cette impression « d'étrangeté sans modification réelle » des états qui nous occupent, et pourtant ils s'en distinguent nettement.

Le contexte clinique tout d'abord : il y a loin du psychasthénique à l'épileptique dont les stigmates si remarquablement mis en valeur par Mme MINKOWSKA (dans « La constitution glychroïde ») diffèrent en tous points des stigmates de la psychasthénie.

Il est bien rare également que chez les épileptiques, les états d'étrangeté soient isolés ou dominants. Ils ne sont le plus souvent qu'un élément de transition, un degré, un passage entre l'état normal et un état nettement onirique.

Autre caractère différent : jamais chez nos malades les états d'étrangeté ne s'accompagnent de ces éléments quelque peu monstrueux, comme sentiments de toute puissance, de force irrésistible, comme ces impulsions à des actes violents ou anormaux.

Enfin, jamais dans la psychasthénie, on ne peut observer cette amnésie relative et cet onirisme léger qui teinte bien des équivalents comitiaux.

Le mode de début des phénomènes diffère du reste dans les deux cas.

L'épileptique lutte contre l'envahissement de son psychisme comme il lutte contre « la crise qui monte », c'est un état douloureux et pénible dans lequel il tente d'empêcher, de retarder la progression du phénomène.

Chez nos malades, le début est beaucoup moins progressif. Nous avons vu que le plus souvent, ils se trouvent d'emblée dans un état d'étrangeté et de dépaysement dont l'anomalie les angoisse. S'ils luttent, ce n'est pas pour retarder ou empêcher quelque chose, ils essaient « d'en sortir », ils s'efforcent par un mécanisme intellectuel approprié de retrouver le contact habituel et la tonalité coutumière des gens et des choses.

Il y a également une différence de qualité entre l'angoisse très intellectualisée, presque métaphysique, d'un AMIEL ou d'un MAINE DE BIRAN et l'élément beaucoup plus brutal, physiquement douloureux, de la crise comitiale (remarquablement mise en valeur par Stefan ZWEIG dans son bel ouvrage « Le combat avec le démon »).

Enfin, jusqu'à l'expression dialectique des malades qui est si curieusement dissemblable, la viscosité et le souci du détail des épileptiques contrastant avec cette pensée plus mobile, plus riche en comparaisons, digressions, remarques et propositions incidentes, comme le faisaient remarquer CLAUDE et MICOUR.

D'AMIEL à DOSTOÏEWSKI ! curieuse et éloquente étude, en vérité, serait celle de la comparaison de l'expression de ces deux auteurs.

Il est évident que lorsque THIBAUDET s'émerveille de ces arabesques continuelles, décrites avec autant d'aisance que de légèreté

autour d'un thème central qui reste le Moi chez l'auteur de « Journal intime », et qu'à l'opposé André GIDE remarque ce souci du petit détail réaliste, de la précision minutieuse, qui permet d'établir la solidité de ce qui nous paraîtrait sinon fantastique et imaginaire, nous touchons à une nuance et à une méthode qui dépassent nettement la littérature, et nous ne saurions mieux terminer ce chapitre que sur l'évocation de deux personnalités aussi catégoriquement dissemblables qu'AMIEL et DOSTOÏEWSKI.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL AVEC L'AUTOMATISME MENTAL ET LE MENTISME

Personne mieux que JANET n'a étudié les sentiments d'automatisme chez les psychasthéniques et tout particulièrement l'insensible transition qui mène de la psychose à la névrose, de l'obsession au délire. Plus d'une fois à propos d'observations, JANET pose le point d'interrogation :

- « Ce garçon restera-t-il un psychasthénique ? »
- « Son état ne se transformera-t-il pas ? »
- « N'assistons-nous pas au début d'un délire ? »

C'est surtout dans son ouvrage « Les obsessions et la psychasthénie » que l'on retrouve notée cette évolution.

Dans l'œuvre de BLONDEL, et tout particulièrement dans « La conscience morbide », on trouve également le passage de symptômes psychasthéniques au délire. Enfin, dans la thèse d'HESNARD, dont nous avons parlé dans l'historique, bien des malades atteints d'états d'étrangeté et de dépaysement glissent rapidement vers l'automatisme mental et les thèmes délirants.

Reprenons les différents degrés d'étrangeté exposés par DUGAS. Il y distingue quatre formes :

- 1° Le sujet a l'impression que la réalité est un rêve.
- 2° Il éprouve une sensation de fuite et d'éloignement du monde extérieur.
- 3° Ses propres actes lui apparaissent avec cette couleur particulière d'étrangeté et d'inattendu. Le malade traduit cet état en disant qu'il a l'impression d'assister aux actes d'un autre.
- 4° Enfin la forme complète de la dépersonnalisation, lorsque le sujet se sent absolument étranger à toutes ses perceptions, actions et souvenirs pris en bloc.

Envisagés sous cet angle, les phénomènes d'étrangeté ne seraient qu'un degré de l'évolution vers une dépersonnalisation totale qui elle-

même ouvre la voie à tous les mécanismes d'automatisme et d'interprétation délirante.

Rappelons que KRAFT pense que l'étrange acquiert avec une certaine facilité un caractère d'hostilité. Ce n'est pas par hasard, dit l'auteur, que la littérature à bon marché et le cinéma sensationnel choisissent pour des rôles terrifiants, avec une telle prédilection, des aliénés et des étrangers exotiques.

KRAFT pense que certains aspects d'un monde « non familier » peuvent devenir au moins passagèrement comme hostiles...

« Ce serait cependant une grave erreur de considérer la dépersonnalisation comme une espèce de délire atténué ou dilué. »

Le monde du délirant n'est ni familier, ni non familier, d'après KRAFT.

« C'est un monde privé qui a pour le Moi pathologique une réalité indiscutable, très similaire à celle que possède le rêve pour le Moi onirique. »

Etats d'étrangeté et délire se différencient donc qualitativement et pourtant KRAFT signale que lorsque toute relation positive du monde avec le Moi se trouve détruite, on en arrive à des mécanismes défensifs beaucoup plus radicaux.

« Il y a passage de l'étrangeté à l'hostilité, de la dépersonnalisation au délire proprement dit. »

Le Docteur CEILLIER, dans ses recherches sur l'automatisme mental et dans une série de publications parues dans l'*Encéphale* et le *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, étudie les divers rapports de la psychasthénie et de l'automatisme mental.

Il cite en particulier comme formes cliniques des automatismes secondaires à une modification de la manière habituelle de sentir. Tant que le malade reconnaît l'origine personnelle endogène de ces phénomènes, nous sommes dans le cadre de la psychasthénie. Mais y a-t-il méconnaissance de cette origine personnelle, nous passons à l'automatisme et au délire.

Il y souligne que la psychasthénie prédispose et peut souvent conduire au délire d'influence par relâchement des synthèses mentales et par libération de certains phénomènes qui deviennent ainsi automatiques et sont secondairement attribués à une influence étrangère.

Donc, comme pour la schizophrénie, il y a une notion d'évolution des phénomènes.

Mais il y a en plus une distinction qualitative. Le Docteur CEILLIER rappelle que l'élément commun entre automatisme et psychasthénie est la lutte anxieuse contre l'importunité et l'incoercibilité des phénomènes ressentis alors que le caractère les distinguant est la *reconnaissance*, et l'auteur insiste tout particulièrement sur la notion de *désappropriation* au Moi de certains phénomènes.

« Le point de départ du sentiment d'automatisme réside dans la désappropriation au Moi de certains faits psychiques qui appartiennent réellement au malade, à sa personnalité une et indivisible. »

Ce caractère nous paraît absolument essentiel et nous avons pu voir tout au long des observations les malades dire et redire « qu'ils étaient parfaitement conscients de l'absurdité de ces phénomènes », qu'ils ne doutaient absolument pas de l'intégrité de leur Moi. A ce point de vue, les témoignages d'AMIEL et de MAINE DE BIRAN sont particulièrement précieux. Nous ne croyons pas utile de reproduire tous les passages cités plus haut à propos de l'étude de ces deux auteurs.

Et c'est ici que l'attitude de nos malades est bien distincte de celle des délirants.

Chez les premiers, la parfaite « reconnaissance » de l'anomalie des phénomènes perçus s'accompagne donc d'une parfaite auto-critique augmentée d'une auto-analyse et d'une introspection intenses.

Chez le délirant, il n'y a pas ce « Je » qui analyse le « Moi » ; le délirant est avant tout actif et il cherche dans le monde extérieur et non en lui la cause de ses sentiments anormaux. Il n'y a pas chez lui cette aboulie propre au psychasthénique et il cherche âprement à l'extérieur la certitude qu'il ne tardera pas à trouver, puisqu'il devient persuadé de ses convictions délirantes.

Le même état d'étrangeté s'accompagnera très vite d'introduction « de projection au dehors » : « On joue comme une comédie autour de moi », « On fait que rien n'est comme dans la réalité ».

Le « On » est alors le signe de la dissociation de la personnalité et de spaltung. Le paranoïaque ne tardera pas à personnifier de façon précise ce « On ».

Il y a là, nous semble-t-il, beaucoup plus une question de qualité qu'une question d'évolution.

Inversement, on a évoqué un mécanisme contraire qui amènerait le malade du mentisme aux phénomènes d'étrangeté. Le mécanisme serait le suivant : le malade n'est plus maître de ses pensées, il ne peut plus les diriger, ni en arrêter le cours. Le contrôle qu'il exerce sur elles se fait de plus en plus imparfait. Supposons qu'à un moment

donné ce contrôle ne se fasse plus du tout et à l'égard de toutes les pensées. Celles-ci deviendraient donc extérieures, étrangères au sujet.

Il y aurait état d'étrangeté secondaire à un mentisme préexistant.

On sait également que CHASLIN qui a créé le mot « mentisme » insistait sur l'angoisse qui accompagne ce défilé incoercible de pensées et d'images. L'étude en a été reprise par HEUYER et LAMACHE et il semble que le mentisme ait de fortes analogies avec la fuite des idées, mise à part l'auto-critique qui est conservée dans le premier cas et créé justement le sentiment de l'anomalie du phénomène perçu et également l'angoisse.

Et pourtant le mentisme et les états d'étrangeté que nous étudions nous semblent bien distincts. Tout d'abord, parce que la sensation d'étrangeté, absolument primitive chez nos malades, n'est jamais que secondaire, donc essentiellement variable, évolutive et modifiable chez les malades atteints de mentisme ; ensuite, les mécanismes nous semblent opposés.

Si l'on admet les notions de faiblesse et de baisse de tension psychologique définies par JANET et si l'on admet également le rapprochement des états d'étrangeté avec les sentiments de vide et de fadeur (nous avons vu leur analogie à propos d'AMIEL), nous nous trouvons évidemment aux antipodes de la fuite des idées et de l'excitation psychique, signalées dans le mentisme.

Enfin, à notre avis, un dernier élément sépare complètement ces états. Si dans le mentisme le malade n'est plus maître de ses pensées, ne peut plus ni les dominer, ni les diriger, il en est bien autrement chez nos malades. Si ces derniers subissent un état pénible, incoercible, insurmontable, leur mécanisme intellectuel demeure absolument intact et ils en sont entièrement maîtres.

Ils se livrent à une activité mentale intense qu'ils dirigent parfaitement pour sortir de cet état, pour tenter de le dominer.

Nous avons vu que c'était le « côté fort » du psychasthénique, d'après FEDERN : ce Moi qui essaie de régler l'angoisse et de corriger ses troubles par un jeu intérieur, un mécanisme psychologique (1) qui exige un immense travail, une vigueur, une subtilité toute particulière, éléments qui n'existent plus dans le mentisme.

Les états d'étrangeté des psychasthéniques, tels que nous les avons vus chez MAINE DE BIRAN et AMIEL et dans les observations relatées, nous paraissent donc distincts de l'automatisme mental et du mentisme.

(1) Nous verrons plus loin le rôle de l'auto-analyse.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL AVEC L'HYSTERIE

LASÈGUE disait que « la définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais » (1).

Cette assertion conserve toute sa valeur et trois éléments ont profondément modifié depuis un demi-siècle le problème de l'hystérie : la révision organique entreprise par BABINSKI, la psychologie en profondeur dont FREUD fut le promoteur, enfin les récentes études des interférences psycho-somatiques qui ont suivi l'étude physio-pathologique du diencephale (2).

Tout peut se voir dans l'hystérie et « la grande simulatrice » basée sur cette exaltation imaginative et une auto-suggestion particulièrement fertile peut reproduire une symptomatologie aussi riche que variée... états d'étrangeté y compris.

Comment les distinguer de ceux qui nous occupent ? On a parlé d'hystéro-psychasthénie tout comme on avait pu parler d'hystéro-épilepsie. On a bien souvent reproché à JANET d'avoir été mystifié par des hystériques perverses. Il n'est pas douteux que bon nombre de ces malades évoquent quelque peu l'hystérie et tout particulièrement la fameuse Madeleine.

HESNARD dit que « les hystériques pullulent chez JANET » (3) et il est bien évident que des malades qui se complaisent aux situations inextricables, embrouillées, aux histoires étranges et inhabituelles, avides de romans assez fantastiques, puissent trouver dans les états d'étrangeté et de dépaysement un riche terrain à exercer leur habile

(1) Rappelons le tableau que BLEULER fait de l'hystérie : l'hystérie est une réaction schizoïde avec exagération de la personnalité et une mobilité affective ressemblant à la manie, et pour KRETSCHMER : « L'hystérie serait une réaction de défense primitive contre un danger réel ou imaginaire ».

(2) Rappelons le récent et intéressant ouvrage de Paul BLANCHET : « Variété de diencephalite fruste et diffuse et parahystérique » (Maloine, 1950).

(3) HESNARD rappelle que certains psychasthéniques soignés par JANET parlaient spontanément de perte de sentiment du réel ; s'agissait-il de psychasthéniques, d'hystériques ou de névrosés cherchant à s'identifier à un « médecin-père » ?

perversité et leur incroyable imagination. D'autant plus que ces états assez rares et difficilement traduisibles attirent toujours l'intérêt et l'attention des observateurs dont certains notent pieusement les romanesques descriptions de leurs malades, en arrivant à une véritable culture d'un « état préfabriqué ».

HESNARD et POROT avaient défini en 1916 les « syndromes expressionnels » dans lesquels ils rangeaient l'hystérie. Ils remarquaient que ces états hystériques ne se déroulent jamais dans le silence ou le secret, ils cherchent toujours, plus ou moins consciemment, à s'extérioriser, à attirer l'attention de l'entourage, et surtout à s'amplifier et s'orchestrer sitôt reconnu l'étonnement qu'ils peuvent provoquer. « L'hystérique exprime pour exprimer, écrit HESNARD, il exprime des aspirations banales sous des formes impressionnantes. »

JANET attribuait l'hystérie à un rétrécissement du champ de conscience et à une localisation sur certains points de la baisse de tension psychologique :

« Abaissement irrégulier qui amène à des niveaux différents de la conscience où en différents territoires l'altération de la personnalité qui est *toujours subconsciente et amnésique à un degré plus ou moins marqué.* »

Ce caractère est bien différent de l'auto-critique parfaite dont font preuve nos malades.

LAIGNEL-LAVASTINE, dans son *Traité*, dit que dans la grande majorité des cas, la perversité s'ajoute à l'hystérie.

« L'association de ces deux modes de déséquilibre est tellement fréquente qu'en fait les hystériques sont dans la grande majorité des cas des pervers. »

Les mânes d'AMIEL et de MAINE DE BIRAN doivent en frémir et nos malades n'ont effectivement rien de pervers. Ils ont tous un sens de l'honorabilité, se drapent dans la dignité et la respectabilité de leurs sentiments moraux ; ils ont horreur des situations troubles et douteuses (4), ils n'hésiteraient peut-être même pas à déformer quelque peu la vérité ou à dissimiler leurs véritables sentiments pour que « leur conscience soit confortable », comme le disait un de nos malades.

La moralité scrupuleuse de ces timides douteurs et impressionnables est bien opposée à la perversité hystérique.

(4) Rappelons à ce sujet que pendant les Cent Jours, MAINE DE BIRAN souffrait tellement de l'insécurité et de la situation douteuse que créait pour lui le retour du « fatal Corse » qu'il alla de lui-même se livrer au préfet de Périgueux « pour être tranquille ».

DEVAUX et LOGRE, interprètes de leur maître DUPRÉ, admettent que seule l'émotion moyenne est hystérogène. « l'hystérie étant imagination, l'émotion intense qui inhibe cette fonction psychique ne saurait engendrer l'hystérie ».

BABINSKI et DAGNAN-BOUVERET avaient judicieusement écrit : « Quand une émotion profonde secoue l'âme humaine, il n'y a plus de place pour l'hystérie ».

Cette angoisse intense, nous l'avons vue chez MAINE DE BIRAN et chez AMIEL. Le côté douloureux et pénible de ces phénomènes qui écrase périodiquement nos malades et qui peut les mener à la toxicomanie ou au suicide, n'a rien d'hystérique.

Nous n'insisterons pas sur le caractère extérieur, combien dissimulable, des hystériques et de nos malades. Les premiers, extravagants, bruyants, théâtraux, toujours très démonstratifs et se comportant dans la vie comme s'ils étaient perpétuellement sur les planches (cf. les études rapprochant théâtre et hystérie).

On voit mal une hystérique tenant un journal intime.

Nos malades, au contraire, discrets, réservés, cachant leurs troubles et ne leur donnant qu'une traduction purement dialectique et verbale. Respectueux de l'ordre et de l'autorité, ils ne cherchent pas à se faire remarquer par d'extravagantes démonstrations, mais ils demandent à être compris, soignés et guéris.

Rappelons enfin comment FEDERN, insistant sur le côté fort du Moi obsessionnel (5) qui tente de régler le problème de l'angoisse par un mécanisme purement intellectuel, traduisant une vigueur, une subtilité, une capacité de résistance qu'il oppose justement au Moi hystérique, sans cesse passif, démonstratif, théâtral et toujours débordé par les événements.

Tous ces caractères, l'angoisse, l'introversion et l'introspection, la conscience parfaite des phénomènes morbides, l'absence totale de toute amnésie, même partielle, de toute perversité, le côté fort enfin de nos malades, permettent, en plus des notions de terrain et de contexte clinique, de différencier les états d'étrangeté hystériques de ceux que nous étudions.

(5) Caractère absolument applicable à nos malades, comme nous le montrerons par la suite.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL AVEC LA MELANCOLIE

Les états d'étrangeté et de dépaysement ne se voient guère que dans les mélancolies d'involution.

On trouve fort peu d'observations en relatant et il semble bien dans ces cas que les symptômes observés ne soient que secondaires, donc variables, modifiables et jamais isolés.

Le Professeur DELAY écrit dans son ouvrage sur « Les dérèglements de l'humeur » :

« Il est bien rare que les facultés mentales des mélancoliques soient suffisamment frappées de stupeur pour qu'ils ne cherchent pas une justification intellectuelle à cet état affectif. »

Et c'est dans ce sens que nous concevons chez les mélancoliques l'apparition de sentiment d'étrangeté. La modalité de ces états est pourtant bien distincte et le diagnostic reviendrait ici à distinguer psychasthénie et mélancolie, ce qui dépasserait largement le cadre de cette étude. Nous nous bornerons à distinguer l'élément qui rapproche le plus la mélancolie de la psychasthénie et qui accompagne tout particulièrement les états qui nous intéressent : *l'angoisse*.

L'angoisse est intense chez les mélancoliques, comme elle l'est chez nos malades et pourtant, elle est un peu différente, l'une plus métaphysique, l'autre plus physique.

Le Professeur DELAY écrit :

« Il n'y a pas dans cette affection (la psychasthénie) de trouble à proprement parler thymique ou du moins la sphère de l'humeur qu'elle intéresse n'est pas celle élémentaire du tonus holothymique. Il s'agit d'instances plus élaborées, plus intellectualisées, celles-là même que MAIER appelle catathymiques. Il ne s'agit pas ici d'une perturbation primaire du tonus instinctivo-affectif de base, mais d'une organisation névrotique secondaire de sentiments et de tendances. »

Rappelons également à ce point de vue l'importance presque expérimentale de l'électro-choc dont le Professeur DELAY signale l'effet nul sur les psychasthéniques.

Sur 6 de nos malades, 4 ont été traités par électro-choc, se soldant dans tous les cas par un échec total.

Le Professeur DELAY insiste justement sur le fait que l'électro-choc s'attaque à la base thymique et il résume cette action en schématisant :

« Le mélancolique n'est pas triste parce qu'il a des idées tristes, il a des idées tristes parce qu'il est triste. »

Et bien que la tristesse du psychasthénique soit d'un autre ordre que la douleur du mélancolique, les deux paraissent se rejoindre par la poussée d'hyperthermie anxieuse.

Rappelons également que le Professeur DELAY rapproche les structures maniaques et mélancoliques, la première relevant aussi d'une dissolution catathymique, mais au bénéfice des instincts de vie et d'expansion, la seconde par une dissolution également, mais s'orientant vers les idées de ruine et de destruction.

Enfin, un élément fondamental de la structure mélancolique est la perte du pouvoir d'appréciation des conséquences, les jugements n'étant plus basés que sur l'affectivité comme on peut le voir dans les états passionnels.

Ce caractère est très différent de l'auto-critique, parfaitement lucide, de nos malades.

Citons encore le Professeur DELAY qui distingue psychasthénie et mélancolie en ces termes :

« Tantôt, il s'agit ici d'une tristesse vague qui répond aux formes atténuées de cette affection et accompagne les sentiments de vide, d'incomplétude, d'étrangeté, de doute, la passivité et le dégoût de l'effort, qui composent la vie psychologique de l'ennuyé ; une équivoque se trouve entretenue par le langage courant qui désigne précisément sous le terme de mélancolie cette disposition moins douloureuse que dolente, plus proche du mal romantique et des confins de la névrose que de la maladie véritable.

« Tantôt, il s'agit de la véritable maladie psychasthénique, telle que l'a individualisée Pierre JANET, asthénie psychique qui s'oppose à l'asthénie nerveuse ou neurasthénie de BÉARD. Le signe majeur en est la chute de la tension psychologique, c'est-à-dire un déficit de la synthèse mentale gênant les actes intellectuels qui exigent une forte tension psychologique, mais permettant les activités automatiques effectuées sous basse tension, telles que la rêverie.

« A la faveur du déficit de cette synthèse, le psychisme pourra être parasité par des obsessions. Et c'est ainsi que la psychasthénie proprement dite constitue l'élément négatif dont les obsessions constituent l'élément positif.

« Les obsessions et les phobies en sont partie intégrante. »

Nous terminerons sur ce tableau de la psychasthénie ce diagnostic différentiel pour décrire maintenant les états d'étrangeté, tels que nous les concevons, et montrer comment ils s'intègrent dans le cadre de la psychasthénie.

QUATRIÈME PARTIE

EXPOSÉ

DESCRIPTION DES ETATS D'ETRANGETE

Dans ce chapitre, nous allons, à l'aide des observations et du diagnostic différentiel qui précèdent, tenter de décrire les états angoissants de dépaysement et d'étrangeté tels que nous les concevons.

A un moment de la journée à peu près fixe pour chaque individu, mais peut-être plus fréquemment le matin, se produit brusquement un trouble conscient de l'évocation et de la perception.

Les phénomènes se produisent chez des sujets des deux sexes, apparemment en bonne santé, tant au point de vue physique que mental, ou chez des sujets présentant des signes légers de psychasthénie.

En quelques minutes, quelquefois même d'une façon absolument immédiate, sans qu'il lui soit possible d'enrayer ou d'arrêter l'évolution du phénomène tant il est insensible et rapide, le sujet a la sensation de percevoir ce qui l'entoure d'une façon différente. L'anomalie de cette perception confère alors au milieu un caractère « d'étrange » et de « non familier ».

Ce sentiment d'étrange, cette « étrangeté », comme l'appelle AMIEL, s'accompagne immédiatement d'angoisse et d'un sentiment d'irréversibilité qui augmente encore cette angoisse.

Les malades ne parviennent pas à définir exactement ce qu'ils ressentent ; nous ne citerons pas ici toutes les comparaisons consignées tout au long des observations.

Ce sont effectivement des comparaisons, des approximations, beaucoup plus que des descriptions... Les malades emploient sans cesse

le terme « comme si... » prouvant à la fois l'imprécision, l'indescriptible, le flou de ce qu'ils ressentent.

Le Professeur BARTIK fait remarquer que cette difficulté d'expression de troubles aussi inhabituels est une cause supplémentaire d'isolement et d'angoisse. Il semble qu'il se produise chez nos malades comme un blocage de la pensée sur une image.

Il se produit alors une impression fugitive de « déjà pensé » comparable à l'illusion du « déjà vu ». Cette impression crée un premier malaise et une première inquiétude.

Le sujet cherche à s'en débarrasser et à progresser dans l'association des idées ou l'évocation de souvenirs, images nécessaires à l'adaptation à cette situation nouvelle.

Déjà, à ce degré, il y a conscience aiguë et adaptation à une situation vitale difficile.

Mais le sujet se trouve dans l'impossibilité de progresser, d'enchaîner les idées dans une direction pragmatique utile. Il cherche alors à faire machine arrière, à sortir de cette impasse, mais sa pensée ne fait plus le chemin antérieur qui lui permettrait l'identification de sa personnalité pensante et le rétablissement de l'équilibre.

Les mécanismes des associations d'idées semblent lui échapper. Nous avons vu comment ce mécanisme se distinguait du mentisme.

« Son âme ne s'engrenait plus à ce qui l'entourait, roue sans rapport avec aucun mécanisme. »

(*Kim* dans KIPLING)

Et cette impression d'égarement sans retour, d'inutilité de l'effort intellectuel, de l'impossibilité de se retrouver détermine ce sentiment très angoissant d'étrangeté.

Plus le sujet lutte, plus l'angoisse est grande. Il éprouve à chaque fois la crainte d'une transformation définitive, d'un égarement sans retour. Le malade se croit appelé à vivre dans une sorte d'autre monde qui a perdu sa couleur, sa chaleur, sa tonalité et sa charge affective « où les objets sensibles ne peuvent plus faire leur impression... où l'on perd toute espèce de sentiment, c'est insouffrable », disait MAINE DE BIRAN.

« Et j'éprouve l'horreur secrète d'un oiseau condamné à vivre dans l'eau », écrit AMIEL.

Les qualificatifs abondant tout au long des observations et traduisent à la fois le côté pénible, « insouffrable », la perte de tout sentiment habituel et de toute réaction affective normale vis-à-vis des événements, des personnes et des objets.

Souvent le malade craint la folie et il traduit sa crainte, mais une fois l'incident clos, il est persuadé que pareille chose ne pourra plus lui arriver avec la même intensité et qu'il réussira à s'en débarrasser. Et, au contraire, lorsque le phénomène se reproduit, bien qu'ayant complètement guéri les fois précédentes, le sujet ne peut en tenir compte et se croit alors définitivement perdu. « Cette fois, je suis dans le cirage », dit un de nos malades, pensant réellement qu'il ne pourra plus en sortir.

Au cours du phénomène, le sujet lutte désespérément, il se raccroche à tous les points affectifs sensibles qui lui permettront de reprendre pied, mais rien n'y fait. L'angoisse l'envahit et l'annihile, tout glisse, lâche, c'est un vide angoissant.

Généralement, l'expression de physionomie traduit un trouble que le malade s'efforce de dissimuler. Bien qu'il estime *a priori* le contraire, l'expérience montre que le malade est absolument capable dans ces moments de travail manuel, très correctement exécuté, et même de travail intellectuel : MAINE DE BIRAN, philosophant sur son cas, et AMIEL en pleine métaphysique, s'identifiant au zéro : un néant qui s'aperçant c'est la pensée pure, etc... prouve l'intégrité des mécanismes mentaux.

Ce caractère est absolument différent de l'automatisme des comitiaux. Nos malades, en effet, on pu se rendre compte, avec étonnement parfois, que les mécanismes et automatismes qu'ils croyaient disparus étaient en fait intacts. Il n'y a aucune obtusion intellectuelle, aucun onirisme et aucun automatisme mental dans le sens pathologique du mot, comme nous l'avons vu au cours du diagnostic différentiel.

Du reste, si forte que soit l'angoisse, si intense que puisse être l'impression de changement et de dépaysement, il n'y a pas dépersonnalisation, le sujet ne doutant jamais de sa propre personnalité :

« Je ne suis pas dupe de ces illusions », dit MAINE DE BIRAN.

« J'ai parfaitement conscience de l'absurdité de ces impressions, mais je ne puis les surmonter », écrit AMIEL.

Si donc nos malades ont le sentiment d'avoir changé, c'est beaucoup plus une crainte, une conséquence interrogative des états qu'ils ressentent qu'une interprétation ou une conviction délirante. Jamais également chez nos malades d'amnésie, même partielle, ou de personnalité alternante. Ils sont eux-mêmes et bien eux-mêmes, avec la tonalité narcissique que cela comporte. A aucun moment, il n'y a perte de conscience. Nous pouvons même dire qu'il y a lutte, hyperconscience, justement dans ce sens de vigilance, d'adaptation à la vie que lui donne le Professeur DELAY.

Nous avons du reste insisté sur le côté fort de nos malades qui essaient de régler leur trouble par la subtilité et l'adaptation d'un mécanisme purement intellectuel.

L'une de nos observations relate la fréquence de ces états au cours du sommeil, le malade se réveillant brutalement, en plein état d'angoisse, comme s'il était éveillé par le trouble lui-même.

Les malades souhaitent alors se rendormir pour échapper au trouble.

Nous avons vu comment ces états se distinguent des états seconds, le malade craignant même parfois d'en évoquer les détails de crainte de favoriser le retour d'un épisode semblable. (Nous touchons presque à la phobie.)

Il y a chez nos malades une grande activité d'introspection et d'auto-analyse.

Au cours même des épisodes angoissants, ils se livrent à une véritable gymnastique introspective pour retrouver le mécanisme qui a bien pu l'amener à un semblable état et le reparcourir en sens inverse ou pour inventer un mécanisme lui permettant d'échapper à cet état pénible.

En dehors de ces états, les malades s'étudient continuellement ; tendance à l'introspection, à l'auto-analyse, sont des caractères certains de ces psychasthéniques légers. Ils étudient leur trouble, le pourquoi, le comment (sans que l'on puisse réellement parler d'obsession). L'un de nos malade que nous surprenons souvent comme perdu dans une profonde méditation, nous disait : « Je cherche la pensée harpon » qui me permettra d'en sortir la prochaine fois... Cette pensée harpon est bien souvent une émotion ou une sensation intense.

Il cherche en particulier à se remémorer des événements marquants et dotés d'une charge affective puissante, pensant que les émotions qui accompagneront ces souvenirs leur permettront de reprendre pied et de retrouver un état affectif sinon agréable du moins personnel, vécu et vrai : il est à remarquer que la plupart du temps ces sujets de méditations sont des souvenirs pénibles ou douloureux comme si la « charge affective » qui leur est attachée permettait plus facilement que d'autres souvenirs, le retour à un équilibre affectif supportable. MAINE DE BIRAN traduit très bien ce mécanisme intellectuel en écrivant que la pensée et la douleur vaudraient mille fois mieux que ces états de vague et d'étrangeté.

Rappelons que les trois épisodes de longue durée où l'un de nos malades n'a pas ressenti des phénomènes angoissants, ont coïncidé avec trois périodes de sa vie riches en émotions et en sensations variées (constatation qui, du reste, s'accorde parfaitement avec l'opinion des psychanalystes).

Rappelons le passage de KIPLING :

« Kim se mit à pleurer et sentit avec un déclenchement presque imperceptible les roues de son être à nouveau réemboîtées dans le monde extérieur... Les choses qui un instant auparavant traversaient le globe de ces yeux sans rien signifier, reprirent leur proportion convenable. »

Donc, en certains cas, l'évocation d'une émotion, d'une peine, d'un désir, d'une contrariété ou d'un enthousiasme peuvent aider à mettre fin au phénomène.

Mais la fin survient le plus souvent insensiblement, sans que le malade puisse préciser comment il est sorti de cet état. Il le constate après coup, mais sans pouvoir en expliquer le mécanisme :

« Ça s'est fait tout seul, comme cela, sans que je m'en aperçoive... Je me suis retrouvé à l'aise sans m'en apercevoir. »

On a évoqué également comme causes déclenchantes des émotions, peines, soucis ou contradictions. Ils nous ont paru rares ; les états observés revêtiraient alors une certaine tonalité pithiatique ou hystérique que nous ne leur avons jamais vue.

De même, on a parlé de surmenage et de fatigue physique comme causes prédisposantes. Nous nous rapprochons alors de la « baisse de tension psychologique » de JANET.

La durée des phénomènes est très variable, allant de quelques minutes à plusieurs heures. Le rythme est également très différent suivant les cas.

Remarquons, et cette notion est absolument primordiale, le caractère de fixité, de stabilité, et de non évolutivité des phénomènes observés.

Nous avons vu qu'à dix-neuf ans, AMIEL exprime déjà des troubles qui ne se modifieront pas et que nous retrouverons sensiblement égaux à eux-mêmes tout au long du « Journal » et dans les dernières années de sa vie.

De même, chez nos malades (1), le trouble demeure fixe, même sur des évolutions très longues, les troubles ayant débuté dans la prime enfance ne se sont pas transformés au cours des années.

(1) C'est une des raisons pour laquelle les malades atteints de ces troubles ne consultent souvent que tardivement. Ils sont habitués à « composer » avec un état qu'ils connaissent bien. Comme pour les obsessions et les phobies, ils éprouvent une certaine pudeur à exposer leur trouble et ils pensent, comme MAINE DE BIRAN, que la meilleure façon de les guérir est encore de les observer et de les étudier, ce qui renforce encore une auto-analyse déjà néfaste.

Les modifications ne portent que sur la périodicité, la durée et l'intensité de l'angoisse.

Tout au long du diagnostic différentiel, nous avons défini et mis en valeur ce caractère de non évolutivité, cette remarquable fixité dans la qualité et la modalité du trouble ; cet élément nous paraissant absolument indispensable et démonstratif pour la compréhension des états que nous étudions.

Enfin, un dernier élément sur lequel nous avons particulièrement insisté à propos d'AMIEL et de MAINE DE BIRAN, en nous référant à de nombreuses citations, ce sont les troubles cénesthésiques qui font partie intégrante des phénomènes étudiés.

On en observe de tout ordre et de toute intensité, depuis les simples étourdissements, les états vertigineux, les malaises passagers, jusqu'à des troubles beaucoup plus marqués, très proches de l'angoisse vitale et de cette thymopathie anxieuse dont parle LOPEZ IBOR.

Souvent, les états vertigineux alternent avec les états d'étrangeté. Mais parfois aussi ils en sont le point de départ. Malaise, vague, impression cénesthésique pénible, contribuent à faire perdre au monde extérieur sa solidité, sa réalité. Tout devient évanescant.

« Nerfs détestables, mauvaise cénesthèse, j'ai un sentiment pénible de l'existence », écrit MAINE DE BIRAN.

Un de nos malades dit, à propos de ses états, que « tout est d'une fadeur à faire vomir », traduisant ainsi la coexistence d'un malaise psychique et cénesthésique.

Chez tous nos malades, ces troubles influencés par le temps, les repas, les émotions, sont une cause supplémentaire d'inquiétude, d'insécurité et d'auto-observation. Ils surveillent inlassablement « cette carcasse toujours en avarie », comme disait AMIEL.

INTEGRATION DES ETATS D'ETRANGETE DANS LE CADRE DE LA PSYCHASTHENIE

A — CES ETATS EVOLUENT SUR UN FOND DE PSYCHASTHENIE

Nos malades sont tous, à des degrés plus ou moins marqués, des psychasthéniques légers.

Les cas d'AMIEL et de MAINE DE BIRAN sont particulièrement nets à ce sujet et leur psychasthénie a fait l'objet de bien des études.

Chez certains de nos malades, au contraire, la psychasthénie est peu apparente et doit être mise en évidence par un examen minutieux.

Quoi qu'il en soit, chez tous, nous trouverons à des degrés divers les mêmes stigmates : aboulie et doute, propension aux obsessions et aux phobies. Nos malades sont des douteurs, des impressionnables et des timides ; ils éprouvent presque constamment un état affectif spécial fait d'une inquiétude permanente, une sorte de forme atténuée de l'anxiété, une sensibilité particulière, et souvent extrêmement riche.

Ce sont les « Ames d'avril » de M. DE VOGUE.

George SAND disait de CHOPIN : « Un rien le fait saigner ».

La vie de presque tous nos malades s'écoule au milieu d'un long ennui, d'une vague tristesse, qui fait le fond de cet état psychasthénique, comparé bien souvent au spleen et au cafard. MAINE DE BIRAN et AMIEL qui, eux aussi, ont connu cette lassitude habituelle, dont l'âme meurtrie et l'esprit flottant ont vu fleurir l'ennui partout et sans raison, n'auraient pas désavoué cette plainte de VERLAINE sous le climat trop égal du Midi « où le ciel est trop bleu, trop tendre, la mer trop verte et l'air trop doux ».

Pour lui comme pour eux : « Il pleure dans mon cœur comme il pleut sur la ville », et saisons, climats, journées, soleil radieux ou nuits étoilées, sont tour à tour cause de tristesse, de recueillement et de rêverie.

Certains éprouvent même le besoin de se raidir contre leur trop grande sensibilité, et c'est ainsi que Reynaldo HAHN écrivait : « Il faut être libre, aimer fort peu, se rendre utile, si l'on peut, et se résigner à la tristesse qui devient fatalement la peine quotidienne de tous êtres fins et intelligents. Rêverie qui, du reste, mène à l'incertitude, à l'indécision, au doute ». Et nos malades éprouvent l'impression de l'imparfait et de l'inachevé.

Jamais ils ne sont satisfaits de leur travail psychique. Respectables, intègres, ils sont d'une moralité scrupuleuse qui les paralyse tant ils ont besoin d'être encouragés, compris, rassurés et consolés, ce qui ne les empêche pas de se révéler de véritables tyrans, car ils exigent beaucoup, veulent être aimés et écoutés, sans avoir beaucoup à donner eux-mêmes... Nous avons vu le côté narcissique d'AMIEL et de MAINE DE BIRAN. Narcissisme allant jusqu'à un prodigieux égoïsme, car étant surtout occupés d'eux, ils sont bien peu sensibles aux émotions d'autrui et ne partagent presque jamais des enthousiasmes collectifs.

L'égoïsme familial est flagrant dans nos observations. MAINE DE BIRAN parle de son bon fils et de sa chère épouse, mais le contexte nous montre combien ces épithètes sont factices. On est toujours frappé de voir comment des êtres apparemment aussi émotifs sont si peu sensibles aux peines des leurs et aux deuils familiaux.

Rappelons à ce sujet que pour JANET, l'émotion vague, l'angoisse, est la plus basse des émotions parce que la moins adaptée et la moins déterminée.

Pour JANET également, la rêverie n'est qu'une baisse de tension psychologique, inaptitude à l'action, paresse de l'esprit conduisant aux défaillances de la mémoire, à l'inattention et à l'impuissance de fixer la pensée.

Bref, incertitude, insécurité, irrésolution, réflexion poussée jusqu'au doute, méticulosité, auto-analyse, introspection, égoïsme, inquiétude, rêverie, aboulie, tristesse et propension aux obsessions et phobies se retrouvent à des degrés plus ou moins marqués, mais presque toujours discrets, dans les cas que nous étudions.

B. — CES ETATS S'INTEGRENT DANS LE CADRE DE LA PSYCHASTHENIE

Évoluant le plus souvent sur un tableau de psychasthénie discrète que nous venons d'évoquer, les états d'étrangeté et de dépaysement, tels que nous les avons décrits et isolés, s'intègrent parfaitement dans le cadre de la psychasthénie.

Nous ne pensons pas utile de rapporter ici l'opinion de JANET, BLONDEL, HESNARD, que nous avons vue au cours de l'historique. Rappelons que FOLLIN estime que si ces états se voient dans les syndromes les plus divers, on les voit également dans « les formes les plus nuancées de la psychasthénie ». Et c'est bien ces formes nuancées que nous observons chez nos malades.

Schématisons ici les principaux éléments précédemment décrits qui composent ces états :

- 1° Intégrité de la conscience et auto-critique.
- 2° Incoercibilité des phénomènes.
- 3° Introspection et auto-analyse.
- 4° La réaction de défense très particulière consistant en un mécanisme essentiellement intellectuel.
- 5° L'angoisse qui accompagne ces états.
- 6° La coexistence de troubles cénesthésiques.
- 7° La fixité, la non évolutivité et la stabilité dans le temps.

Ces caractères propres aux états étudiés permettent, même en dehors d'une psychasthénie nettement décelable, de classer ces phénomènes dans le cadre de la psychasthénie et de les envisager comme une sorte d'équivalent.

1. L'INTÉGRITÉ DE LA CONSCIENCE est certaine, nous l'avons vu, et FOLLIN s'est même demandé si cette lucidité n'était pas une des raisons de l'intérêt porté par un grand nombre de psychiatres à ces états.

Le Professeur DELAY écrit dans « Les troubles de l'humeur » :

« En fait, la conscience ne surgit que lorsqu'il y a désadaptation entre l'être vivant et son milieu, nécessitant l'adaptation à une situation nouvelle alors que la conscience qui s'était assoupie se réveille, les exigences de la lutte pour la vie requérant l'adaptation au réel. Au présent donc, une ascension dans l'échelle des niveaux psychologiques. »

On comprend d'après cette définition combien la conscience peut être exacerbée dans un état où les choses ont perdu leur réalité et où il faut un effort, une « attention à la vie », d'autant plus grande, pour leur rendre leur qualité première, leur charge affective.

Jamais nos malades « ne s'enfoncent dans l'irréalité » ou « n'entrent dans le système », comme la malade de Mme LÉCHEHAYE.

Cette hyperconscience douloureuse est bien propre à l'état psychasthénique.

* *

2. L'INCOERCIBILITÉ et l'importunité des phénomènes survenant sans raison décelable, saisissant même le sujet en plein sommeil, sont bien voisins de l'obsession, l'élément « étranger » propre à l'obsession se trouve projeté sur toutes les perceptions et sentiments : sur le monde extérieur et sur le Moi.

Ce côté d'importunité toute extérieure apparaît ici comme généralisé et subjectif, cette « étrangeté » étant l'élément dominant des phénomènes ressentis.

Ces états sont une « contrainte », en ce sens qu'ils sont « non volontaires », automatiques, irrépessibles et importuns, au même titre que les symptômes propres à la psychasthénie.

* *

3. INTROSPECTION ET AUTO-ANALYSE engagent nos malades dans des séries interminables d'idées qui tournent en rond. Cette pensée « riche et protéiforme » dont parlaient CLAUDE et MICLOUD, conduit à la « course vers l'infini », la « maladie de l'idéalisation » et « l'intégration dans le néant ».

Henri Ey parle du :

« Cercle infernal du doute où les idées saccadent en ricochets, sans cesse rebondissants, ou encore dans l'enchaînement linéaire des manies sans fin, c'est l'ivresse de la vanité du vide, la soif jamais étanchée, le besoin insatiable de toujours recommencer, revenir en arrière, annuler, réparer, effacer, etc. »

FOLLIN considère même cette auto-analyse comme partie intégrante du processus morbide et comme capable à elle seule de créer la dépersonnalisation.

Il est certain que cette « décomposition analytique du "Moi" » est remarquable chez AMIEL et chez MAINF DE BIRAN. On pourrait presque considérer cet état comme résultant d'un mécanisme obsessif, introversif, mais de toute façon le parfum psychasthénique flotte sur ces états interrogatifs et cette continuelle auto-analyse propre à nos malades et auteurs des journaux intimes.

* *

4. LE MÉCANISME DE DÉFENSE de nos malades mérite d'être noté. Nous avons vu comment ils essaient, par un effort très intellectuel, de faire progresser leurs associations ou de retrouver le mécanisme

qui les a amenés à ces états pour les reparcourir en sens inverse. Comment enfin l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent « d'en sortir » provoque une sorte d'agitation psychique parfaitement consciente, organisée, dirigée et intelligente.

Nous avons vu également comment AMIEL pousse ces états jusqu'à une sorte d'extase du vide. Les états d'étrangeté d'un BIRAN et surtout d'AMIEL se teignent fréquemment de lyrisme. Ces rêveries insondables sur l'étrange et l'illimité deviennent rapidement extatiques. C'est ainsi que l'on a parlé de solitudes vides par opposition aux solitudes pleines et d'états extatifs négatifs opposés aux états extatifs positifs (DELACROIX).

Paul BOURGET parle, à propos d'AMIEL, du travail d'intoxication spirituelle du rêve ou « tout s'évanouit et se confond dans l'intelligence que noie une vapeur et qui s'abîme dans un néant tout ensemble tourmentant et délicieux » (1).

Le mot extase, qui au sens littéral signifie « sortie de soi », évoque tout aussitôt les descriptions des mystiques chrétiens : les états de lévitation décrits par Jean de la Croix, Sainte-Catherine de Sienne, Sainte-Thérèse d'Avila, Ruysbroech l'Admirable..., pour ne citer que ceux que nous avons étudiés.

Nous voudrions ici ouvrir une courte parenthèse sur le rapport des états de vide et d'étrangeté et d'extase. DELACROIX définit l'extase comme un élargissement de la conscience, une exaltation confuse qu'illumine une interprétation spirituelle. Dans l'extase, la voie individuelle s'abolit, la conscience du Moi s'efface : passivité, obscurité, désappropriation. La conscience de soi-même, le sentiment de l'individualité s'amortit ou disparaît, la conscience claire, les précisions de l'expérience et de la raison s'effacent progressivement. Le sujet et le monde disparaissent en même temps. Cet état primitif d'étrangeté « comme l'appelle AMIEL », est le plus souvent un sentiment immédiat et spontané de tonalité psychasthénique tel que nous venons de les différencier. Mais ces états sont le point de départ d'une riche et inlassable introspection, ils deviennent volontaires, recherchés et choisis, presque méthodiques. AMIEL va les élargir, les généraliser, les spiritualiser, les idéaliser, et il arrivera ainsi à cette rêverie grandiose et cosmogonique teintée de tendance ontologique et métaphysique qui demeure le caractère fondamental du journal intime.

Deux auteurs en dehors de JANET ont tout particulièrement étudié le rôle du vide dans les états mystiques et la genèse des états extatiques.

(1) Paul BOURGET, « La maladie du Journal intime », 1921. *Nouveaux essais de psychologie contemporaine*, Paris, 1886.

Jacques MARITAIN (2) parle de cette expérience négative de l'exister substantiel de l'âme « où l'âme se vidant de toute opération particulière et de toute multiplicité, connaît négativement et par le vide ».

« Cette merveille métaphysique, cet absolu, cette perfection de tout acte et de toute perfection qu'est l'exister substantiel de l'âme, son propre exister substantiel. »

Olivier LACOMBE (3) voit dans l'exemple de l'Inde une mystique naturelle. Il expose la production d'extase par la recherche du vide et l'effet des actions restrictives négatives du Yoga.

Le vide, AMIEL le ressent à la fois comme une dissolution du Moi, comme une sorte de rançon des états d'extase, mais aussi le plus souvent spontanément et comme un point de départ de ces états :

« Dans mon abandon volontaire à l'universalité, à l'infini, mon Moi particulier comme une goutte d'eau dans une fournaise s'évapore. Il ne se condense à nouveau qu'au retour du froid après l'enthousiasme éteint et le sentiment de la réalité revenu. »

ÂMIEL a, du reste, souvent insisté sur son quêtisme oriental, sa tendance bouddhique et certaines pages du journal intime évoquent les préceptes de la philosophie hindoue.

« Je me dissous dans le rien.

« Je disparus et voilà que je fus tout ce qui est.

« Il y a une seule voie, l'anéantissement dans l'illimité qui élève le mortel jusqu'à l'immortalité »

lisons-nous dans les préceptes d'Inayat KHAN (4), et sous la plume d'AMIEL nous pouvons lire :

« La méditation du zéro sur lui-même, l'évanouissement de tous les phénomènes dans la substance du Moi et du Moi dans le vide : un néant qui s'aperçoit, c'est la pensée pure. » (5)

Nous avons voulu, dans ce trop court additif, souligner à propos de l'étrangeté d'AMIEL, les rapports de cette gamme de sentiments psychasthéniques de vide, d'incomplétudes, de dépaysement, et des états extatifs (6).

(2) Jacques MARITAIN, « L'expérience mystique naturelle et le vide » dans *Nuit mystique*. Congrès de *Psychologie Religieuse*, 1938.

(3) Olivier LACOMBE, « Un exemple de mystique naturelle : l'Inde », *Congrès de Psychologie Religieuse*, 1938.

(4) Inayat KHAN, « La voie de la révélation, d'après ses écrits ». Traduction, 1921.

(5) Les théoriciens de l'angoisse existentielle n'auraient pas désavoué cette phrase.

(6) Nous espérons pouvoir étudier dans un travail ultérieur les caractères psychologiques de l'extase à propos du cas d'AMIEL. « Ce phénomène presque unique dans l'histoire de l'humanité », écrit THIBAUDET. — AMIEL, chez lequel LÉON BRUNSCHWIG trouve « le don d'intelligence spontané et illimité ».

AMIEL est, évidemment, une magnifique illustration de ce « côté fort du Moi psychasthénique », selon l'expression de FEDERN (nous avons vu ce caractère à propos de l'hystérie), côté fort qui n'est pas exempt d'une certaine cruauté et de narcissisme morbide.

* *

5. L'ANGOISSE a fait l'objet d'un nombre considérable de travaux. Nous avons vu au cours du diagnostic différentiel, la différence qualitative que le Professeur DELAY effectue entre l'angoisse du mélancolique et celle du psychasthénique.

Dans les états d'étrangeté et de dépaysement, l'angoisse est très intense, immédiate et nous semble particulièrement complexe.

« L'angoisse est un état de l'homme où se révèle le néant », écrivait KIERKEGAARD (7). Sans vouloir pénétrer dans les méandres de la philosophie existentielle ou dans l'étude de Dasein analyse de M. BINSWANGER, il nous paraît que l'angoisse de nos malades est composée de divers éléments et est, en réalité, une composante, une « somme d'angoisses ». Il y a d'abord l'angoisse banale, l'anxiété diffuse et sans fondement propre au terrain psychasthénique.

Il y a ensuite l'angoisse plus spéciale éprouvée devant l'importunité, l'incoercibilité d'un phénomène « parasite » dont on n'est pas maître. Cette angoisse se voit dans toutes les névroses obsessionnelles.

Survient ensuite une angoisse plus particulière et tout à fait propre aux états que nous étudions, c'est l'angoisse provoquée par l'« étrangeté » d'un état où le Moi se trouve menacé dans son intégrité où le monde n'est plus familier, où toute semble étrange, où sentiments, souvenirs ont perdu leur charge et leur tonalité affective. C'est bien cette angoisse vitale, cette thymopathie anxieuse de M. LOPEZ IBOR qui écrit :

« L'angoisse est donc la crainte de la dissolution du "Moi" .» (8)

Pour M. LOPEZ IBOR, cette angoisse se présente à la conscience d'une façon primaire et non pas comme le résultat d'une association de troubles cénesthésiques. Pour certains auteurs, même l'angoisse

(7) C'est l'incompréhensibilité du rien de ce néant qui engendre l'angoisse, ou plus exactement la sensation d'une indivision du néant et de l'existant que KIERKEGAARD attribue au trouble où est l'esprit qui réalise l'incomplétude, l'inachevé de la synthèse de l'âme ou du corps, trouble qui s'évanouit dès que le sentiment d'incomplétude se résout en idées.

(8) On pourrait rapprocher cette formule de celle précédemment citée de KIERKEGAARD : « L'angoisse est un état de l'homme où se révèle le néant ».

peut être primitive et se trouver à l'origine, tout au moins clinique, des états phobiques (LOGRE).

Enfin le dernier élément angoissant est l'inefficacité des efforts effectués pour dominer ces états. Le sujet lutte, effrayé, angoissé, perdu dans un monde qu'il ne reconnaît plus. Son angoisse s'en trouve augmentée, il est parfois proche du désespoir, craint de sombrer dans la folie, il va jusqu'à penser au suicide :

« La mort vaudrait mieux que cet état insouffrable. »

Il est guetté par le désespoir ou la toxicomanie... une de ces toxicomanies étant peut-être l'auto-analyse et l'auto-observation, et nous voyons apparaître ici une sorte de « cercle vicieux » donnant à cette auto-analyse ce caractère si important que lui avait bien attribué FOLLIN.

Nous n'avons voulu ici étudier cette angoisse en la détaillant un peu artificiellement que pour tenter de fixer ses caractères et son évolution, mais il est bien évident qu'elle est ressentie comme unique et non pas comme composée d'une série d'angoisses successives ou coexistantes.

Elle est ressentie comme « une », comme unique, variable seulement dans son ampleur, dans sa progression et sa tonalité psychasthénique, la différence de l'angoisse de l'homme normal ou du mélancolique.

* *

6. Les troubles cénesthésiques divers observés chez nos malades rentrent également dans le cadre de la psychasthénie. Rappelons à ce propos l'opinion de M. LOPEZ IBOR :

Dans l'angoisse, de même que l'expérience de la désagrégation de la conscience de l'unité du Moi existe sur le plan subjectif, il y a également une perception de la désagrégation de la cénesthésie sur le plan cénesthésique, et par le même mécanisme par lequel peut apparaître une phobie, un dérèglement végétatif déterminé peut se manifester... »

M. LOPEZ IBOR poursuit : « L'autre symptôme fondamental est le vertige... »

« L'interprétation des crises de vertige comme étant des équivalents d'angoisse dérive d'une longue série de raisons. Très importante dans ce sens est la liaison dans la même histoire clinique de deux séries de crises comme se remplaçant ou se représentant l'une par l'autre selon la phase à laquelle on rencontre le malade. »

Dans d'autres cas, l'équivalent entre la crise d'angoisse et les vertiges s'affirme :

« Parce que, dit M. LOPEZ IBOR, leurs symptomatologies respectives s'imbriquent l'une dans l'autre. » (9)

On ne saurait mieux définir les troubles cénesthésiques tels qu'ils nous apparaissent chez nos malades. Il y a bien cette même équivalence entre vertiges, troubles cénesthésiques et l'angoisse des états d'étrangeté.

Il y a aussi cette intrication. Nous l'avons vu chez MAINE DE BIRAN chez qui « la mauvaise cénesthèse crée un sentiment pénible de l'existence ». Nous l'avons vu aussi chez plusieurs de nos malades.

* *

7. Dernier élément : la non évolutivité, la non transformation en état démentiel, la fixité et la stabilité dans le temps. Nous avons insisté tout au long de ce travail sur ce caractère primordial.

Les psychasthéniques, nous le savons, sont légion. Rares sont ceux que leur état conduit jusqu'à l'internement. Ils hantent parfois les consultations de prophylaxie mentale, persécutent leurs médecins pour des troubles variés et incompréhensibles. Bien plus souvent encore, ils « composent » avec leur trouble, cherchent des cœurs compréhensifs, des âmes compatissantes, ou bien se créant une petite existence très narcissique.

« On n'a jamais assez de soi pour penser à soi. »

Ainsi éclosent confidences, correspondances, journaux intimes.

Souvent ils cherchent un cadre ou une discipline (10) où appuyer leur insécurité, ou bien c'est la maladie de l'idéalisation d'un AMIEL, l'intoxication analytique d'un MAINE DE BIRAN.

Les malades qui présentent des états angoissants d'étrangeté et de dépaysement ne voient donc jamais leur état évoluer vers une psy-

(9) M. LOPEZ IBOR cite le cas d'une malade qui, lorsque l'angoisse la saisissait, se levait brusquement, se mettait à courir comme dans une crise d'Amok. Rappelons également le curieux personnage de Stefan ZWEIG où la frénésie de l'Amok se mêlait à une sorte d'angoisse et de troubles cénesthésiques.

(10) Rappelons à ce propos que dans les « Cahiers Laënnec », le Docteur ECK et le Père LARRÈRE posaient le problème « Psychasthénie et vocation ».

On sait que certains aliénistes avaient dit que « la psychasthénie est une maladie d'ecclésiastiques ». Les auteurs signalent avoir trouvé 28 psychasthénies caractérisées sur 50 observations prises au hasard chez des religieux, soit 56 %.

Cet élément garde sa valeur.

chasthénie à forme grave. C'est en ce sens que nous avons envisagé « le terme d'équivalent de la psychasthénie ».

Les différents éléments des états d'étrangeté et de dépaysement que nous avons isolés et mis en valeur au cours de la description de ces états paraissent donc tous caractéristiques d'une forme très nuancée de la psychasthénie, et les états tels que nous les avons isolés peuvent donc être placés dans le cadre de la psychasthénie, aussi bien en raison du terrain sur lequel ils évoluent que de leur tonalité propre.

C'est volontairement que nous avons écarté de cette étude les notions d'étiologie et de thérapeutique qui auraient entraîné un trop long développement, pour nous limiter à l'étude clinique des états d'étrangeté. Il y aurait cependant beaucoup à dire à la lumière des travaux de JANET et des psychanalystes sur l'intrication de deux facteurs : la constitution (la psychasthénie) et la psychanalyse (les complexes), en d'autres termes, le rôle du déficit (JANET) et celui des conflits (FREUD).

De même la thérapeutique devra mettre l'accent sur ses deux composantes, les thérapeutiques de choc doivent être proscrites de la façon absolue et faire place à un traitement touchant à la fois « le facteur constitutionnel » et le « facteur institutionnel ».

La psychothérapie, avec un accent particulier sur « l'invigoration », s'impose d'une part avec souvent indication de cure psychanalytique et d'autre part les extrêmes variations de la tension psychologique nécessiteront l'emploi prudent d'une très large gamme de modificateurs de la sphère thymique : des sédatifs et, dans certains cas, des ganglioplégiques (Chlorpromazine) aux amphétamines en passant par l'acide glutamique, quelquefois même leur association sera indiquée.

Nos malades ne connaissent que trop ce besoin d'adjuvants et combien d'entre eux possèdent de ces petites pharmacies personnelles où l'on trouve tout : du crataëgus à la Benzédrine.

CONCLUSIONS

Les états d'étrangeté et de dépaysement qui abondent dans la littérature psychiatrique, n'étaient le plus souvent cités et décrits que comme un symptôme particulier d'une entité clinique ou un simple élément transitoire et évolutif d'une psychose plus grave.

Certains de ces états particulièrement stables, peu évolutifs, ne se transformant jamais en état démentiel, méritaient, nous semble-t-il, d'être isolés et définis comme constituant un symptôme particulier dominant un tableau de psychasthénie discrète, une sorte d'équivalent de la psychasthénie auquel nous regrettons de n'avoir pu trouver un nom particulier.

* *

Après avoir limité strictement notre travail aux états d'étrangeté et de dépaysement aux psychasthéniques, par opposition à la dépersonnalisation proprement dite, aux troubles du schéma corporel et l'asomatognosie, enfin à la dépossession, nous avons exposé l'historique de cette question.

Des malades d'ESQUIROL aux subtilités psychanalytiques, nous avons particulièrement insisté sur les travaux de DUGAS, BLONDEL, RIBOT, HESNARD, etc., sur certaines notions : baisse de tension psychologique (JANET), notion de sens du réel (MINKOWSKI), cénesthésie psychique et contention de la pensée intérieure (BARUK), instinct de défense et de sympathie (DE GREEF), modification du temps psychique (MINKOWSKI et STRAUS), éprouvé vital atopique (GUIRAUD), thymopathie anxieuse et angoisse vitale (LOPEZ IBOR), déréalisation et auto-analyse (FOLLIN), enfin sur les notions psychanalytiques de retrait narcissique du Moi (KRAFT et FEDERN), déficience de la structuration de l'Ego (BOUVET).

Nous avons également insisté sur la pensée du Professeur DELAY dans son ouvrage « Les dérèglements de l'humeur ».

* *

Dans un second chapitre, nous avons présenté quelques observations. Parmi celles-ci, les cas d'AMIEL et de MAINE DE BIRAN nous ont paru tout particulièrement intéressants. Nos observations devaient, pour être valables, réunir trois caractères indispensables, à savoir :

1° Que les états d'étrangeté soient le symptôme dominant chez nos malades.

2° Que rien chez eux ne permette d'orienter le diagnostic vers une schizophrénie, un automatisme mental, l'hystérie ou l'épilepsie.

3° Enfin, que les phénomènes observés soient stables, durables et ne se transforment jamais en état démentiel.

* *

Le troisième chapitre est consacré au diagnostic différentiel des états d'étrangeté tels que nous les avons observés dans nos observations.

Nous avons tout particulièrement cherché à les distinguer de la schizophrénie et de ses formes prémonitoires, de l'automatisme mental et des états délirants : enfin de l'hystérie, des équivalents comitiaux et de la mélancolie.

* *

Ainsi isolés et différenciés des états voisins, nous avons décrit en détail les états d'étrangeté et de dépavement, tels que nous les concevons : leur mode de début, leur progression, leur évolution, etc.

Nous avons ainsi pu définir les principaux éléments qui les caractérisent : intégrité de la conscience et auto-critique, incoercibilité et importunité des phénomènes ressentis, importance de l'introspection et de l'auto-analyse, réaction de défense très particulière basée sur un mécanisme intellectuel, l'angoisse intense qui les accompagne, la coexistence de troubles cénesthésiques divers et la fixité, la stabilité, la non évolutivité et la non transformation de ces phénomènes.

* *

Dans un dernier chapitre, nous avons esquissé le tableau de la psychasthénie discrète sur lequel évoluent le plus souvent les états que nous étudions et nous avons tenté de montrer que même isolés, ils s'intègrent parfaitement dans le cadre d'une psychasthénie.

En reprenant un à un les caractères précédemment définis et décrits, nous avons cherché à mettre en valeur leur tonalité particulière, leur mécanisme probable, leur équivalence avec les états psychasthéniques mieux définis.

Notre but, dans ce travail, a donc été d'isoler, de décrire et de définir certains états angoissants d'étrangeté et de dépaysement, de montrer qu'ils pouvaient s'intégrer dans le cadre d'une psychasthénie discrète et comment ils en constituaient une forme très nuancée qui méritait, nous semble-t-il, d'être mise en valeur.



Vu, le Doyen :
L. BINET

Vu, le Président de Thèse :
J. DELAY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY (Paul). — L'anxiété. (Paris, Masson, 1947.)
— Etude clinique et physiologique d'une dynamique affective.
- ADLER. — Le tempérament nerveux.
- ALLIEZ et DIATKINE. — Schizophrénie et psychasthénie. (*A.M.P.*, 1948.)
- AMIEL. — Journal intime.
- ARNAUD. — Les théories de l'obsession. (*Archives de Neurologie*, 1902.)
— Psychasthénie et délire. (*Congrès de Genève*, 1907.)
- AVERLANT. — Mysticisme et psycho-pathologie. (*Thèse*, 1951.)
- AZAM. — Amnésie périodique ou dédoublement de la personnalité.
— Entre la raison et la folie : les toqués !
- BACHELARD. — Psychanalyse du feu.
— L'eau et les rêves.
— Air et songes.
- BALIVET. — Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïdes.
- BARBE. — Séglas. (*Encéphale*, 1950.)
— Traité de psychiatrie.
- BARUK. — Psychiatrie médicale physiologique et expérimentale. (P.U.F., 1938.)
— Psychiatrie morale, expérimentale, individuelle et sociale. (P.U.F., 1945.)
— Précis de psychiatrie clinique, psycho-physiologique, thérapeutique. (Paris, Masson, 1950.)
— La désorganisation de la personnalité. (P.U.F., 1952.)
— Le sentiment de la personnalité.
— La dépersonnalisation et la cénesthésie. (*A.M.P.*, 1951.)
— Des obsessions. (*Bulletin Médical*.)
- BAUDOUIN. — Découverte de la personne. (Paris, Alcan, 1939.)
— Psychanalyse de Victor Hugo.
- BERGSON. — Les données immédiates de la conscience. Matière et mémoire.
- LEROY (Bernard). — Sur l'illusion dite de dépersonnalisation. (*Congrès de Psychologie*, 1901.)
- BICHET. — Etude sur l'anxiété dans le théâtre français contemporain. (*Thèse*, 1929.)

- BINET. — Les altérations de la personnalité (1892).
- BILLOD. — Observations.
- BINSWANGER. — La daseinanalyse en psychiatrie.
- BLANCHET (Paul). — Variétés de diencéphalite fruste et diffuse et parahystérie. (Paris, Maloine, 1950.)
- BLONDEL. — La conscience morbide. (Paris, Alcan, 1914.)
— Traité de psychologie. (P.U.F., 1948.)
— Fascicule sur la personnalité.
- BOPP (Léon). — Amiel, essai sur sa pensée et sur son caractère d'après des documents inédits.
— Introduction au journal intime d'Amiel. (Genève, Callier, 1948.)
- BOURGET (Paul). — Romans.
— La maladie du journal intime. (*L'Illustration*, 17 septembre 1921.)
— Nouveaux essais de psychologie contemporaine. (Paris, 1886.)
- BOGAERT (Ludo von). — Sur la pathologie de l'image de soi. (*A.M.P.*, 1934.)
- BOUTONNIER (Juliette). — L'angoisse.
- BURES MACHENSEN (DE). — Schizophrénie et conscience morale. (*Thèse*, 1950.)
- BOVEN. — L'anxiété.
- BOUVET. — Rapport sur le moi obsessionnel. (*Revue Française de Psychanalyse*, janvier-juin 1953.)
- BRETON (André). — Anthologie de l'humour noir. (Le Sagittaire.)
- BRUNSWIG. — Progrès de la conscience dans la philosophie occidentale. (P.U.F., 1953.)
- CAMBRIELS. — Psychonévrose obsédante.
— La dépersonnalisation. (*Encéphale*, 1931.)
- CAPGRAS. — Du sentiment d'étrangeté à l'illusion des sosies. (*B.S.C.M.M.*, 1924.)
- CEILLIER. — Recherches sur l'automatisme psychique. (Delarue, 1927.)
— Du besoin de réconfort au sentiment et au délire d'influence. (*B.S.C.M.M.*, 1923.)
— Erotomanie et délire d'influence. (*B.S.C.M.M.*, 1922.)
— Obsession et délire d'influence. (*B.S.C.M.M.*, 1922.)
— Les influences. Syndromes et psychose d'influence. (*Encéphale*, 1924.)
- CHAPELAN (Maurice). — Anthologie du journal intime. (Laffont, 1947.)
- CHASLIN et ALAJOUANINE. — Un cas de délire d'influence obsédant. (*Journal de Psychologie*, 1902.)
- CHASTENET. — Etude sur les mélancoliques anxieux (1890).
- CLAUDE. — Hystérie dans ses rapports avec divers états psychopathiques. (*Encéphale*, 1932.)
- CLAUDE, BOREL et ROBIN. — La constitution schizoïde. (*Encéphale*, 1924.)
- CLAUDE et ABADIE. — Sur une forme d'amnésie : l'amnésie d'identité. (*Encéphale*, 1927.)

- CLAUDE et BOREL. — Crise d'anxiété paroxystique chez un obsédé avec délire du doute métaphysique. (*A.M.P.*, 1922.)
- CLAUDE, TARGOWLA et BADONNEL (Mlle). — Mélancolie, obsessions et syndrome d'influence. (*A.M.P.*, 1925.)
- CLAUDE et LÉVY-VALENSI. — Les états anxieux. (Paris, Maloine, 1938.)
- CLAUDE et DUBLINEAU. — Obsession, intuition, syndrome d'action extérieure.
- COUAILHAC. — Maine de Biran. (Paris, Alcan, 1905.)
- CODET. — Evolution psychiatrique (1935).
- CONSTANTINESCO. — Etude de l'anxiété et de l'angoisse. (*Thèse*, 1934.)
- COTARD. — Délire de négation.
- DALBIEZ. — La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne. Desclées de Brower.
- DELACROIX. — Les états extatiques d'Amiel.
 - Vers l'unité (1921).
 - Le mysticisme et la religion.
 - Scienta (1917).
 - La religion et la foi (1922).
- CLÉRAMBAULT (DE) et PORCHER. — Automatisme mental et scission du Moi. (*B.S. C.M.M.*, 1920.)
- VALETTE MONBRUN (DE LA). — Etude sur Maine de Biran.
- DELAY. — Les dissolutions de la mémoire. (P.U.F., 1943.)
 - Les maladies de la mémoire. (P.U.F., 1942.)
 - Les dérèglements de l'humeur. (P.U.F., 1946.)
 - L'électro-choc et la psycho-physiologie. (Paris, Masson, 1946.)
 - Techniques biologiques en thérapeutique psychiatrique.
 - Théorie diencephalique de l'électro-choc. (*A.M.P.*, 1943.)
 - Conscience et diencephale. (*Presse Médicale*, 1947.)
 - L'œuvre d'Henry Claude. (*Encéphale*, 1950.)
 - L'extase. (*Conférence sur l'angoisse*, 1953.)
- DELAY, MAILLARD et BINOIS. — Automatisme comitial et automatisme pithiatique. (*A.M.P.*, 1943.)
- DELAY et GÉRARD. — L'intoxication mescalinique expérimentale.
 - Les illusions de la mescaline. (*Encéphale*, 1950.)
- DELAY et JOUANNAIS (Mlle). — Association de crise d'anxiété paroxystique, de crise d'épilepsie tonique et d'un syndrome parkinsonien.
 - L'anxiété hypothalamique.
 - *Revue de Neurologie*, 1943.
- DHERS. — Cénestopathie systématisée progressive. (*Thèse*, 1920.)
- DELMAS, MARSALET, LAFON et FAURE. — L'électro-choc thérapeutique et la dissolution. Reconstruction. (Baillière, 1943.)
 - Sur les formes pseudo-schizophréniques de la psychasthénie. (*Encéphale*, 1942.)

- DELMAS et BOLL. — La personnalité humaine. (Paris, Flammarion.)
- DENY et CAMUS. — Communication sur la dépersonnalisation et l'étrangeté physique et morale.
- DESCHAMPS et VINCHON. — Les maladies de l'esprit et les asthénies (1919).
- DESCHOUX. — Essai sur la personnalité.
- DEVAUX et LOGRE. — Les anxieux (1917).
- DIDE. — Variation sur l'intuition : étendue, durée. (*Journal de Psychologie*, 1929.)
- DIDE et GUIRAUD. — Traité de psychiatrie.
— Dépersonnalisation, déréalisation.
— Aproprioceptivité. (*A.M.P.*, 1938.)
- DOUMER. — Crises d'anxiété. (*Gazette de France*, 1929.)
- DOYEN. — Quelques considérations sur les terreurs morbides et le délire émotif en général. (*Thèse*, 1885.)
- DUGAS. — Un cas de dépersonnalisation. (*Revue Philosophique*, 1898.)
— Dépersonnalisation (1936).
— Dépersonnalisation et absence. (*Journal de Psychologie*.)
- DUGAS et MOUTIER. — La dépersonnalisation (1911).
— La dépersonnalisation et la perception extérieure (1910).
- DUMAS. — Transformation de la personnalité chez les aliénés.
- DUPOUY et PICHARD. — L'anxiété dans la schizophrénie. (*A.M.P.*, 1931.)
- DUPUYTOUT. — La psychasthénie et ses associations délirantes. (*Thèse*, Bordeaux, 1914.)
— *Imagination, Rêve, Rêverie Morbide* (revue hebdomadaire), 15 octobre 1921.
- DURRÉ. — Pathologie de l'imagination et de l'émotivité.
- ELSEN (Claude). — Du journal intime. (« *La Table Ronde* », 1949.)
- ESQUIROL. — Traité des maladies mentales.
- EY. — Etudes psychiatriques. Desclées de Browez (1948).
— Conception organo-dynamique de la psychiatrie. (*Evol. Psych.*, 1947.)
— Névroses obsessionnelles. (*Conférence*, 1948.)
— Des principes de Jackson à la psycho-pathologie de Bleuler. (*Congrès de Lausanne*, 1946.)
Théories réflexologiques de Pawlow et la psychiatrie. (*Evol. Psych.*, 1947.)
Le psychiatre devant le surréaliste (1947).
- FALRET. — Rapport du Congrès de Médecine Mentale (1889).
- FERRE. — Pathologie des émotions.
- FOLLIN. — Rapport du Congrès Mondial de Psychiatrie sur la Dépersonnalisation (1950).
- FLEURY (DE). — L'angoisse humaine. (Editions de France.)
- FOURCADE. — La constitution émotive. (*Thèse*, 1910.)

- FOURNIER. — Psychasthénie et schizophrénie. (*Thèse*, Bordeaux, 1935.)
- FREUD. — Obsessions et phobies (1895).
— La névrose d'angoisse (1902).
— Essai de psychanalyse appliquée (l'inquiétante étrangeté). (N.R.F., 1932.)
- GALLOT. — Essai sur la psychologie et la physiologie des obsédés (1935).
- GALTIER. — Observations.
- GAUTHIER. — Etats dépressifs. Psychasthénie et obsessions.
- GELMA. — L'angoisse. Etude clinique. (*Cahiers de Psychiatrie*, 1948.)
— Hystérie et pithiatisme vus par un psychiatre. (*Gazette des Hôpitaux*.)
- BALLET (Gilbert). — Traité (1903).
- GLÉNARD et VINCHON. — Angoisse hépatique.
- GREEF (DE). — Instinct de sympathie et de défense. (P.U.F., 1947.)
— Succédanés et concomitances psycho-pathologiques de la nuit obscure. (C.P.R., 1938.)
- GUESC (Germaine). — Névrose d'abandon. (P.U.F., 1950.)
- GUISLAIN. — Leçons sur les phrénopathies.
- GUIRAUD. — Psychiatrie générale (1950).
— Les états d'étrangeté. (*Journal de Psychologie*, 1952.)
- GUSDORF. — La découverte de soi. (P.U.F., 1948.)
- HARTENBERG. — Névrose d'angoisse (1901).
— Psychologie des neurasthéniques.
— Le conflit intérieur dans les obsessions. (*Congrès de Luxembourg*, 1921.)
- HALBERSTADT. — Obsession et démence précoce. (*Encéphale*, 1928.)
- HESNARD. — Les troubles de la personnalité dans l'asthénie psychique. (*Thèse*, Bordeaux, 1909.)
— La conception de la psychasthénie de Janet. (*Evol. Psych.*, 1950.)
— La relativité de la conscience de soi.
- HEUYER. — Les voies d'entrée dans la schizophrénie. (*Semaine des Hôpitaux*, 1928.)
- HEUYER et LAMACHE. — Le mentisme. (*Encéphale*, 1929.)
- HEUYER et DUBLINEAU. — Dépersonnalisation chez un encéphalitique.
- HEUYER, CLÉRAMBAULT (G. DE). — *Encéphale*, 1950.
- HUXLEY (Aldous). — La philosophie éternelle. Les portes de la perception.
- JENSEN. — Observations (1886).
- JUQUELIER et VINCHON. — Obsessions et mélancolie chez un vagabond à internements multiples. (*B.S.C.M.M.*, 1911.)
- JALOUX (Edmond). — Introduction à la Philine. (R.N.F., 1927.)
— Philine, fragments inédits du journal intime publiés par Bernard Bouvier.
— Introduction par Edmond Jaloux. (Edition de la Pleyade, J. Schiffrén, 1927.)
— Introduction aux essais de psychologie anaytique de Yung. (Stock, 1931.)

- JANET. — Les obsessions et la psychasthénie. (Paris, Alcan, 1911.)
— De l'angoisse à l'extase.
— L'automatisme psychologique.
- JANET. — Force et faiblesse psychologique. (*Conférence au Collège de France.*)
— Les sentiments du vide.
— Etat mental des hystériques.
— Névroses et idées fixes.
— Les médications psychologiques.
— Evolution de la personnalité. (*Cours au Collège de France.*)
— La pensée intérieure.
— Etats de consolation et d'extase (1925).
- JOURNAUX INTIMES (voir *bibliographie spéciale*, page 42).
- LACAN. — *Revue de Psychanalyse*, 1949.
- LACOMBE. — Un exemple de mystique naturelle : l'Inde. (*Rapport du Congrès de Psychologie Religieuse*, 1938.)
- LAINEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN. — Sentiment de dépersonnalisation chez un mélancolique anxieux. (*A.M.P.*, 1940.)
- LAINEL-LAVASTINE. — La méthode concentrique dans l'étude des psychonévroses.
- LAINEL-LAVASTINE et VINCHON. — Les maladies de l'esprit et leurs médecins du XVI^e au XIX^e siècle. (Paris, Maloine, 1930.)
- LACHACHE. — Discussion de l'article de Nacht.
- LALANNE. — Des états anxieux dans les maladies mentales. (*Congrès de Besançon*, 1902.)
- LAFORA et GERMAIN. — Psychasthénie et schizophrénie. Diagnostic différentiel. (*Congrès de Barcelone*, 1929.)
- LAVELLE (Louis). — La conscience de soi. (Grasset.)
— Le moi et son destin. (Aubier.)
— La présence totale. (Aubier.)
— Du temps à l'éternité. (Aubier.)
- LEGRAND DU SAULLE. — Folie du doute.
- LELEU (Michel). — Les journaux intimes. (P.U.F., 1953.)
- LEROY et POTTIER. — Schizophrénie et psychasthénie.
- LÉVY-VALENSI et NAYRAC. — *Rapport du Congrès de Blois*, 1927.
- LE SAVOUREUX. — Le Spleen (1913).
- LE SENNE. — Traité de caractériologie.
— Mensonge et caractère.
- LÉVY-BRUHL. — La mentalité primitive.
- LHERMITTE. — Les mécanismes du cerveau. (Gallimard, 1937.)
— L'image de notre corps (1939).
— Sur un syndrome cataplectique accompagné d'altération de la personnalité.
— Vrais et faux mystiques.

- LOGRE. — Psycho-pathologie de la dépersonnalisation. (*Cahiers de Psychiatrie*, 1951.)
- La conscience de leur état morbide chez les psychopathes.
- LOPEZ IBOR. — L'angoisse vitale. (*Encéphale*, 1953.)
- Angoisse, existence et vitalité. (*Evol. Psychiatrique*, 1950.)
- KAHN. — Anxiété neurasthénique dans les obsessions.
- KÉRAVAL. — L'idée fixe. (*Archives de Neurologie*, 1889.)
- KRAEPELIN. — Traité (1904).
- KRAFT. — Sur la dépersonnalisation. (*Encéphale*, 1951.)
- KRISHABER. — De la névropathie cérébro-cardiaque (1873).
- MADINER. — Conscience et mouvement.
- Conscience et amour. (Alcan, 1938.)
- MAINE DE BIRAN. — Journal intime. (Plon.)
- Mémoires sur les perceptions obscures. (A. Colin.)
- MALLET. — Les obsédés. Le terrain organique de l'obsession.
- MARCHAND. — Traité de l'épilepsie.
- MARREL. — Les phobies. (*Thèse*, 1895.)
- MARANON. — Amiel, essai sur la timidité. (N.R.F., 1938.)
- MARITAIN (Jacques). — L'expérience mystique naturelle et le vide. (*Congrès de Psychologie Religieuse*, 1938.)
- MARTIMOR. — Conscience partielle et amnésie retardée. (*Encéphale*, 1921.)
- MAURY. — Les mystiques extatiques. Le sommeil et les rêves. (*A.M.P.*, 1885.)
- MAYERGROSS.
- MEYNERT. — Des obsessions.
- MERLEAU-PONTY. — Phénoménologie de la perception. (N.R.F., 1945.)
- La structure du comportement. (N.R.F., 1949.)
- MICHAUX, GALLOT et ROUAULT DE LA VIGNE. — Obsessions et délire. (*A.M.P.*, 1945.)
- MIGNARD. — L'unité psychologique et les troubles mentaux (1928.)
- De l'obsession émotive au délire d'influence. (*A.M.P.*, 1913.)
- MINKOWSKI. — La topographie de l'angoisse. (*A.M.P.*, 1950.)
- L'affectivité. (*Evol. Psychiatrique*, 1947.)
- L'anesthésie affective. (*A.M.P.*, 1946.)
- Vers une cosmologie. (Editions Montaigne, 1936.)
- Rapport du XXVI^e Congrès des Aliénistes. (*Encéphale*, 1932 ; — *Evol. Psychiat.*, 1932.)
- La schizophrénie (1927).
- Le temps vécu (1933).
- La notion de perte de contact vital avec la réalité et ses applications en psycho-pathologie (1926).
- La notion du temps chez P. Janet. (*Evol. Psych.*, 1950.)

- MINKOWSKI et TARGOWLA. — Contribution à l'étude des idées d'influence. (*Encéphale*, 1950.)
- MINKOWSKI. — La constitution épileptoïde. (*A.M.P.*, Payot, 1931.)
- MOREAU DE TOURS. — De l'identité de l'état de rêve et de la folie. (*A.M.P.*, 1855.)
— Sur le haschich et l'aliénation mentale.
- MORGENSTERN. — La structure de la personnalité et ses déviations. (Denoël, 1939.)
— Conception psychanalytique de la dépersonnalisation. (*Evol. Psych.*, 1931.)
- MOREL. — Délire émotif.
- MORSELLI. — Schizophrénie expérimentale. (*Journal de Psychologie*, 1936.)
- MORTON-PRINCE. — La dissociation d'une personnalité (1911).
- MOUCHET et GORRITI. — Dévitalisation du réel.
- MOUNIER. — Traité du caractère. (Edition du Seuil, 1944.)
- NACHT. — La structure inconsciente de quelques psychoses. (*Encéphale*, 1932.)
— De la pratique à la théorie psychanalytique. (P.U.F., 1950.)
- NAVILLE (Ernest). — Sur Maine de Biran.
- NATHAN. — Hystérie et diathèse émotive.
— Nuits mystiques. (*IV^e Congrès de Psychologie Religieuse*.)
— Desclée de Brouwer (septembre 1938).
- ODIER. — L'angoisse et la pensée magique.
— L'homme, esclave de son infériorité.
- OSTERREICH. — Etude de l'étrangeté de la perception extérieure et de la dépersonnalisation dans la psychasthénie (1906).
- PARCHEMINAY. — Etudes carmelitaines (1946).
— Le problème de l'ambivalence.
- PRADINES (DE). — Traité de psychologie.
- PICARD. — De la part de la vision mentale chez les mélancoliques.
- PICHON. — Mort, angoisse, négation. (*Evol. Psych.*, 1947.)
- PICK. — Pathologie de la conscience de soi.
- PITRES et RÉGIS. — Traité.
- POROT. — Manuel alphabétique de psychiatrie. (P.U.F., 1952.)
- RAYMOND et JANET. — Dépersonnalisation et possession chez un psychasthénique. (*Journal de Psychol.*, 1904.)
- RAYMOND et ARNAUD. — Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives. (*A.M.P.*, 1932.)
- RAYMOND et MALLET. — Les obsédés (1922.)
- RAYNIER. — Etats dépressifs et états mélancoliques.
- REVAULT D'ALLONES.
- RIBOT. — Psycho-pathologie du sentiment (1896).
— Les maladies de la personnalité (1897).
— Problèmes de psychologie affective.

- RIESE et RIQUET. — L'état crépusculaire hystérique. (*Encéphale*, 1937.)
- ROBIN. — La constitution épileptoïde. (*Encéphale*, 1931.)
- SANTENOISE et VIDACOVITCH. — Anxiété et déséquilibre neuro-végétatif (1924).
- SARTRE (Jean-Paul). — L'être et le néant.
— La nausée.
— Les chemins de la liberté.
- SAUVAGE. — A propos des troubles de la personnalité (1916).
- SARRO. — Modification de la conscience et du temps psychique dans la névrose obsession. (*Congrès de Barcelone*, 1929.)
- SCHMIDT. — Conscience et convulsions psychiques au cours de quelques états épileptiques. (*Thèse*, 1950.)
— La dépersonnalisation et les limites du Moi. (*A.M.P.*, 1951.)
— Quelques aspects de l'œuvre de Dostoïewski.
- SEABRA. — Psycho-pathologie de la dépersonnalisation.
- SÉCHEHAYE. — Journal d'un schizophrène. (P.U.F., 1950.)
- SEGLAS. — Leçons sur les maladies mentales.
— L'évolution des obsessions et leur passage au délire. (*Congrès des Aliénistes*, 1902.)
- SEGLAS et BARAT. — Un cas de délire d'influence. (*A.M.P.*, 1913.)
- SOLLIER (DE) et COURBON. — Dépersonnalisation acénesthésique.
- TAINE. — Traité de l'intelligence.
- TARGOWLA. — Sur certaines conceptions de l'anxiété et leur filiation chronologique. (*A.M.P.*, 1932.)
- THIBAUDET. — Amiel ou la part du rêve.
— Réflexions sur les journaux intimes. (N.R.F., 1927.)
- THOMAS. — *Evol. Psych.*, 1948.
- THOMSEN. — Contribution à l'étude clinique des idées obsédantes.
- TIXIER. — Rapport des états anxieux et des états épileptiques.
- TRABAUD. — Hystérie et troubles psychopathiques (1943).
- VIDAL. — Conscience de soi et structures mentales. (P.U.F., 1943.)
- VINCHON. — L'art et la folie.
— Idées fixes et obsessions. (*Journal des Praticiens*, 1931.)
- VURPAS. — Etat mental des obsédés.
- YUNG. — Les types psychologiques.
- VURPAS et CORMAN. — Obsédés mélancoliques et obsédés constitutionnels. (*A.M.P.*, 1933.)
- WALLON. — La mentalité épileptique. (*Journal de Psychologie*, 1925.)
- ZWEIG (Stefan). — Trois maîtres (1920).
— La guérison par l'esprit. (Stock.)
— Le combat avec le démon. (Stock.)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	15
----------------------	----

PREMIERE PARTIE

HISTORIQUE	19
Les psychanalystes	36

DEUXIEME PARTIE

LES OBSERVATIONS	39
Les journaux intimes	41
Le cas particulier d'AMIEL	43
Le cas de MAINE DE BIRAN	54
Observations	60

TROISIEME PARTIE

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	75
Diagnostic différentiel avec la schizophrénie	77
Diagnostic différentiel avec l'épilepsie	85
Diagnostic différentiel avec l'automatisme mental et le mentisme	90
Diagnostic différentiel avec l'hystérie	94
Diagnostic différentiel avec la mélancolie	97

QUATRIEME PARTIE

EXPOSE	101
Description des états d'étrangeté	101
Intégration des états d'étrangeté dans le cadre de la psychasthénie	107
CONCLUSIONS	117
BIBLIOGRAPHIE	121

